

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**PERSPETIVAS DOS ADOLESCENTES SOBRE OS PROFISSIONAIS E OS
SERVIÇOS DE SAÚDE: PREFERÊNCIAS, BARREIRAS E SATISFAÇÃO**

Maria da Graça Vinagre da Graça

Orientador: Prof^a. Doutora Maria Luísa Torres Queirós de Barros

**Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em
Psicologia (especialidade em Psicologia da Saúde)**

Júri:

Presidente:

Doutora Isabel Maria de Santa Bárbara Teixeira Nunes Narciso David, Professora Associada e Vice-Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Vogais:

Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático, Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Isabel Rodrigues Monteiro Grilo, Professora Adjunta, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa

Doutora Maria Luísa Torres Queirós de Barros, Professora Catedrática, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Doutora Margarida Maria Magalhães Cabugueira Custódio dos Santos, Professora Auxiliar Convidada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Trabalho de investigação cofinanciado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no âmbito do Programa PROTEC. Bolsa de investigação concedida pela Fundação da Ciência e da Tecnologia

Ao meu pai que muito gostaria de estar presencialmente comigo,

À minha mãe que soube esperar e sempre incentivar,

Ao Custódio pela paciência e apoio incondicional

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Luísa Barros, pelo rigor das suas críticas construtivas e sugestões sempre atempadas, pela atitude de permanente encorajamento e, muito, pela paciência com que me acompanhou sem me ter deixado desistir. Muitíssimo obrigada pela disponibilidade e pelo que me ensinou.

À Direção da ESEL pelo período de dispensa de atividades de docência, para a realização deste trabalho.

Aos peritos com quem partilhei as ideias iniciais deste projeto, à Professora Isabel Baptista, à Dr.^a Maria de São José, ao Professor Daniel Sampaio e ao Dr. Vasco Prazeres, o meu agradecimento pelos importantes contributos e pelo incentivo para investir na saúde dos adolescentes.

Às minhas amigas, Olga e Luísa com quem, mais uma vez, partilhei as minhas angústias, fragilidades, teimosias e alegrias, e que souberam não me deixar sozinha. Não chega agradecer.

À Helga por ter comigo iniciado o percurso no terreno, através da colaboração nos primeiros grupos focais, e pela palavra amiga que surgia no momento certo.

À Isabel com quem partilhei momentos de ânimo e desânimo e que na fase final esteve sempre disponível para me apoiar, e à Filomena pela solidariedade e motivação.

A muitos dos meus amigos e amigas que me acompanharam e me encorajaram a continuar.

A todas(os) colegas da ESEL que me ajudaram nas minhas atividades e que me substituíram nos momentos em que estive ausente.

À Dr.^a Isabel Lourenço pela ajuda preciosa no contacto com as escolas e pela sempre alegre disponibilidade, um agradecimento muito especial.

Aos Conselhos Executivos de todas as Escolas que aceitaram colaborar neste projeto e, a todos os professores que me acompanharam e que muito me ajudaram na recolha de dados, os meus sinceros agradecimentos.

E, muito especialmente, **a todos os adolescentes que participaram neste estudo e aos pais que o permitiram, Muitíssimo Obrigada!**

Trabalho de investigação conducente a esta dissertação foi co-financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no âmbito do Programa PROTEC, através de Bolsa de investigação com a referência SFRH/PROTEC/67923/2010 concedida pela Fundação da Ciência e da Tecnologia.

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

RESUMO

A adolescência é um período de desenvolvimento crucial para a aquisição de padrões de comportamentos de saúde e de utilização dos serviços de saúde, que tendem a manter-se na idade adulta. Na perspetiva dos profissionais, os adolescentes procuram menos os cuidados de saúde do que seria desejável para prevenir as consequências dos comportamentos de risco comuns nesta fase.

As condições dos serviços de saúde e as atitudes dos profissionais desempenham um papel decisivo na procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes, considerada essencial para a sua saúde e bem-estar. No entanto, conhecemos muito pouco o que pensam e preferem os adolescentes Portugueses sobre estas questões. A participação ativa dos jovens, dando voz às suas ideias, nas questões da saúde é um excelente ponto de partida para informar as práticas dos profissionais e as políticas de saúde sobre as mudanças necessárias a cuidados mais apropriados às suas preferências e necessidades. O objetivo geral deste estudo foi, assim, compreender as perspetivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde.

Realizaram-se dois estudos transversais e sequenciais. O primeiro, exploratório e qualitativo incluiu duas fases. Na primeira, a partir da discussão em quatro grupos focais com 33 adolescentes, identificou-se um conjunto de ideias, expectativas e preferências dos adolescentes sobre os cuidados de saúde, posteriormente, clarificadas e hierarquizadas através de quatro grupos nominais. No total participaram, 64 rapazes e raparigas, entre os 13 e os 18 anos, a frequentarem escolas públicas em Lisboa.

O segundo estudo, de natureza quantitativa, partindo dos resultados do estudo preliminar e da literatura atual, constou da construção de um questionário e sua aplicação a 982 adolescentes, entre os 13 e os 19 anos, de escolas públicas e privadas de Lisboa. Este questionário avaliou diferentes componentes onde se procurou identificar e analisar as qualidades dos profissionais e dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes, o tipo de barreiras percebidas na procura dos serviços de saúde, bem como o seu grau de (in)satisfação com os mesmos. Em simultâneo, averiguou-se como é que a idade, o género, NSE e a frequência habitual de utilização dos serviços de saúde, influenciavam os padrões e dimensões encontradas nos vários domínios estudados.

No conjunto dos resultados destacaram-se as preferências dos adolescentes por condições de higiene e limpeza nos serviços associadas aos cuidados de assepsia dos profissionais, que também foram um importante motivo de satisfação. Nas dimensões

emergentes realçaram-se as competências profissionais e técnicas, bem como as competências comunicacionais dos profissionais, seguidas dos aspetos relativos à relação profissional. A dimensão da privacidade e confidencialidade surgiu muito valorizada como preferência e foi considerada a barreira mais importante na procura dos cuidados de saúde, seguida da pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais pelos adolescentes. A acessibilidade e as condições de espaço emergiram como uma preferência importante ao nível dos serviços, o que não aconteceu quando considerada como barreira. Salientou-se uma maior satisfação com os profissionais do que com os serviços, destacando-se a insatisfação com os longos tempos de espera e a desorganização dos serviços, bem como a satisfação com o atendimento simpático e acolhedor, por profissionais competentes.

Na opinião dos adolescentes parece caber aos profissionais um papel central nos cuidados de saúde, onde assumem uma posição que prevalece em relação às condições dos serviços. No padrão de preferências e de barreiras destacam-se aspetos que podemos associar ao desenvolvimento na adolescência sugerindo, no entanto, alguma influência dos contextos específicos dos serviços. Assinalam-se também alguns efeitos da idade, do género, do NSE e frequência habitual de utilização.

O conjunto das ideias dos adolescentes informa sobre a necessidade de cuidados centrados no adolescente, e a importância de implementar nas práticas de cuidados e na formação dos profissionais os requisitos preconizados para os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes, no sentido da promoção da saúde e do desenvolvimento pelo encontro entre o adolescente e o profissional.

Palavras-chave: Adolescentes, profissionais e serviços de saúde, preferências, barreiras percebidas, satisfação

ABSTRACT

Adolescence is a crucial period of development for the acquisition of patterns of health behaviors and healthcare services use, which tend to remain in adulthood. From the perspective of healthcare providers, adolescents seek less healthcare than it would be desirable in order to prevent the consequences of common risk behaviors at this age.

The conditions of healthcare services and the attitudes of healthcare providers play a decisive role in adolescents' healthcare seeking, which is considered essential to their health and well-being. However, we know very little about what Portuguese adolescents think about and prefer regarding these issues. The active participation of young people, giving voice to their ideas on health issues, is an excellent starting point to inform the practices of healthcare providers and the health policies about the changes necessary to implement healthcare that prove to be more appropriate to their needs and preferences. Thus, the purpose of this study was to understand adolescents' perspectives on healthcare providers and health services.

Two cross-sectional and sequential studies were conducted. The first one, exploratory and qualitative, included two phases. The first phase involved four focus groups with 33 adolescents, and allowed the identification of a set of ideas, expectations and preferences about healthcare, later clarified and prioritized through four nominal groups. Overall, 64 boys and girls between 13 and 18 years, attending public schools in Lisbon, participated.

The second study, quantitative, based on the results of the preliminary study and the current literature, comprised the construction of a questionnaire and its application to 982 adolescents between 13 and 19 years, from public and private schools in Lisbon. This questionnaire assessed different components from which we sought to identify and analyze the qualities of healthcare providers and services that adolescents prefer the type of perceived barriers to healthcare seeking and the degree of (dis) satisfaction with healthcare providers and services. Additionally, we determined how age, gender, SEL and the usual frequency of use of health services affected the patterns and dimensions found in the various fields studied.

Considering overall results, the preferences of adolescents for conditions of hygiene and cleanliness in services associated with aseptic precautions of health providers stood out. These were also an important source of satisfaction. In terms of emerging dimensions, greater preference was also given to professional and technical

competences, as well as communication skills of health providers, followed by aspects related to the professional-patient relationship. The dimension of privacy and confidentiality emerged as a highly valued preference and was considered the most important barrier to healthcare seeking, followed by adolescents' reduced valorization of health and healthcare providers' support. Accessibility and space conditions emerged as an important preference in terms of services, but were not identified as barriers. Higher satisfaction with health providers than with the services was evident highlighting the dissatisfaction with the long waiting times and the disorganization of health services, as well as the satisfaction with the friendly and welcoming service provided by competent healthcare providers.

According to adolescents, professionals play a central role in healthcare and assume a prevailing position over the conditions of the services. In terms of the patterns of preferences and barriers, aspects that can be associated to the development during adolescence stood out, however, suggesting some influence of the specific contexts of health services. Our results also point out some effects of age, gender, social educational level and usual frequency of use of health services.

Taken together, these results about the ideas of adolescents may inform on the need for adolescents' centered care and highlight the importance of implementing clinical practices and professional training adjusted to the recommended requirements for "adolescents friendly health services", in order to promote health and development of youth through incrementing the encounter between adolescents and healthcare providers.

Key-words: Adolescents, healthcare providers and services, preferences, perceived barriers, satisfaction

ÍNDICE

Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Índice.....	xi
Índice de Tabelas.....	xiv
Índice de Figuras	xv
Abreviaturas.....	xvi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - ADOLESCÊNCIA E ADOLESCENTES: DESENVOLVIMENTO E SAÚDE.....	11
1.1. Conceitos, contornos, e labirintos da adolescência	13
1.2. Adolescentes e saúde no contexto atual.....	24
CAPÍTULO 2 - OS ADOLESCENTES E OS CUIDADOS DE SAÚDE	35
2.1. Cuidados de saúde “amigos” dos adolescentes: Das políticas às práticas	37
2.2. O (des)encontro dos adolescentes com os cuidados de saúde	52
CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA	67
3.1. Desenho da investigação.....	69
3.2. Estudo I – Exploratório e qualitativo	70
3.2.1. Fase 1 - <i>Focus Group</i>	71
Participantes	72
Instrumentos de recolha de dados	73
Procedimentos.....	73
Tratamento e análise dos dados	75
Síntese dos principais resultados	76
3.2.2. Fase 2 - <i>Nominal Group Technique</i>	79
Participantes	80
Procedimentos.....	81
Tratamento e análise dos dados	82
Síntese dos principais resultados	83
3.3. Estudo II – Quantitativo.....	85

Participantes.....	86
Construção dos instrumentos de recolha de dados	87
Procedimentos.....	96
Tratamento e análise dos resultados	98
3.4. Considerações Éticas	101
CAPÍTULO 4 - PREFERÊNCIAS, BARREIRAS PERCEBIDAS E SATISFAÇÃO	
DOS ADOLESCENTES COM OS CUIDADOS DE SAÚDE....	103
4.1. Qualities of healthcare providers and services preferred by Portuguese adolescents	105
Abstract.....	105
Resumen	106
Introduction.....	107
Method.....	109
Results.....	112
Discussion.....	119
4.2. Porque os adolescentes procuram pouco os cuidados de saúde: Motivos de procura e barreiras percebidas	125
Resumo:	125
Abstract.....	126
Introdução	127
Método	130
Resultados.....	134
Discussão	142
Conclusões.....	146
4.3. (In)Satisfação dos adolescentes com os profissionais e serviços de saúde.....	149
Resumo	149
Resumen	150
Introdução	151
Método.....	154
Resultados.....	158
Discussão	169
Conclusões.....	174
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO INTEGRADA E CONCLUSÕES	177
5.1. Integração dos principais resultados	180

5.2. Conclusões	189
5.3. Contributos para as práticas e formação, investigação e projetos futuros	192
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
APÊNDICES... ..	229
Apêndice A - Questionário de caracterização sociodemográfica e situação de saúde do adolescente	231
Apêndice B - Guião das Entrevistas <i>focus group</i> a adolescentes	233
Apêndice C – Carta dirigida ao Diretor(a) de turma	237
Apêndice D - Guião das Entrevistas <i>Nominal Group Technique</i> a adolescentes	239
Apêndice E - Questionário.....	241
Apêndice F - “Orientações aos Professores para aplicação do questionário”	253
Apêndice G -Termo de consentimento livre e esclarecido aos Pais	255
Apêndice H -Termo de consentimento livre e esclarecido ao Adolescente	257

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estimativas nacionais, por grupos de causas, associadas às doenças transmissíveis e não transmissíveis, por grupo etário	28
Tabela 2. Tema I - Os adolescentes e os comportamentos de saúde	76
Tabela 3. Tema II - Os adolescentes e os recursos de saúde	77
Tabela 4. Tema III - Os adolescentes e os profissionais de saúde.....	79
Tabela 5. Características/Atitudes mais importantes nos profissionais de saúde.....	83
Tabela 6. Variáveis e respectivos indicadores de avaliação.....	96
Table 7. Participants Characteristics	112
Table 8. Means and SD of Initial items for Healthcare Providers Qualities (HPQ)...	113
Table 9. Means and SD of Initial items for Healthcare Services Qualities (HSQ)	114
Table 10. Factor Loadings in Exploratory Factor Analysis for Healthcare Providers Qualities (HPQ)	115
Table 11. Factor Loadings for Exploratory Factor Analysis of Healthcare Services Qualities (HSQ)	116
Table 12. ANOVAs for HPQ and HSQ factors by socio demographic variables	118
Tabela 13. Características socio demográficas e situação de saúde dos participantes .	135
Tabela 14. Experiência de utilização dos diferentes serviços de saúde nos últimos 12 meses.....	136
Tabela 15. Análise Fatorial (varimax) dos itens da BPAPS: Pesos fatoriais, variância explicada e índices de consistência interna	138
Tabela 16. ANOVAs dos fatores da BPAPS em função das variáveis sociodemográficas	141
Tabela 17. Grau de Satisfação dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema ilustrativo das componentes dos Cuidados de Saúde “Amigos” dos Adolescentes e sua articulação: Da intervenção à procura de cuidados de saúde (construção da autora).....	50
Figura 2. Behavioral Model of Health Service Use: Adaptado de Phillips e colegas (1998), complementado com outras versões do BMHSU (Andersen, 1995, 2008).	60
Figura 3. Esquema representativo do encontro do adolescente com os cuidados de saúde (construção da autora).....	65
Figura 4. Desenho geral da Investigação.....	69
Figura 5. Frequência dos motivos de procura dos serviços de saúde nos últimos 12 meses (%).....	137
Figura 6. Grau de (in)satisfação dos adolescentes face à experiência com os profissionais e os serviços de saúde.....	159
Figura 7. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com os serviços de saúde.	161
Figura 8. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Médico.	164
Figura 9. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Enfermeiro.	166
Figura 10. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Psicólogo.....	168

ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CNSMCA	Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
CPP/2010	Classificação Portuguesa Profissões de 2010 (Instituto Nacional Estatística)
CdS	Cuidados de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DALY	Disability Adjusted Life Years
DGS	Direção Geral de Saúde
DH	Department of Health
ESPAD	European School Survey on Alcohol and other Drugs
EU	European Union
EUA	Estados Unidos da América
HPQ	Health Providers Qualities
HSQ	Health Services Qualities
IAAH	International Association for Adolescent Health
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IoM	Institute of Medicine
NCB	National Children's Bureau
NRCIM	National Research Council and Institute of Medicine
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
QCS	Qualidade de Cuidados de Saúde
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
UK	United Kingdom
UNICEF	United Nations Children's Fund (United Nations)
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

“...respeitaram a minha privacidade souberam ouvir e explicar-me o porquê das suas respostas às minhas duvidas” (Maria, 16 anos)

“...relaciono as salas de espera demasiado com doenças e o tempo de espera é longo” (João, 14 anos)

Os adolescentes são considerados como um grupo globalmente saudável que, na perspetiva dos profissionais de saúde, procura pouco os serviços de saúde particularmente os Cuidados de Saúde Primários (e.g., Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), 2013; Direção Geral da Saúde (DGS), 2005_a); Instituto Nacional de Estatística (INE), 2009; Klein, Wild & Cave, 2005; Schaeuble, Haglund & Vukovich, 2010). Os jovens parecem manter com os serviços de saúde uma relação esporádica de carácter pontual, direcionada preferencialmente para a resolução de problemas imediatos como acidentes, doença aguda ou crises no contexto da doença crónica. De acordo com a DGS *“Os adolescentes representam um dos grupos que utiliza menos os cuidados em Medicina Geral e Familiar. Contudo ocorrem frequentemente aos serviços de urgência, não só pelas lesões traumáticas, como pela procura de maior anonimato e de imediatismo na resposta”* (2005_a, p.25). Os serviços de saúde parecem ser perspetivados como estruturas que respondem quase exclusivamente a situações de mal-estar, de doença declarada ou de prevenção específica como as vacinas.

O facto de a população jovem procurar menos os serviços de saúde do que, na perspetiva dos profissionais, seria desejável, não favorece a sua saúde, uma vez que as principais causas de mortalidade e morbilidade nesta fase estão associadas a comportamentos pouco saudáveis, na sua maioria considerados de risco. A referir, o excesso de consumo de álcool e outras drogas ilícitas, frequentemente associado a condução em excesso de velocidade e a relações sexuais desprotegidas, a diminuição da atividade física cumulativamente com o aumento do sedentarismo e uma alimentação pouco adequada, tentativas de suicídio, aumento dos comportamentos auto lesivos e da violência, assim como o considerável aumento dos problemas emocionais e de saúde mental (Eurostat, 2015; Matos, et al., 2015; Tylee, Haller, Graham, Churchill & Sanci, 2007; Patton et al., 2012; WHO, 2014_b). Os níveis de prevalência destes problemas e os padrões de comportamentos têm sofrido alterações e, na sua maioria, não só

representam fortes ameaças à saúde como podem ser prevenidos (American Academy of Pediatrics (AAP), 2008_a; Department of Health-UK (DH), 2011; Duncan et al., 2007; Kelly, 2007; Marcel & Halpern-Felsher, 2007; Patton et al., 2012).

Estas ameaças estão frequentemente associadas ao prazer imediato, à exploração e experimentação, ao exercício da autonomia que integram o desenvolvimento normativo do adolescente (Gondenring & Rosen, 2004), facto pelo qual alguns autores o designam como um período de grandes riscos e de oportunidades (Dahl, 2004; Roth & Brooks-Gunn, 2003), ideia que se partilha integralmente.

A adolescência impõe grandes exigências de adaptação, relacionadas com as novas funções biológicas como a relação com um corpo sexuado, novas formas de relação interpessoal e novas responsabilidades familiares e sociais, destacando-se a relação com os pais e a tensão entre a dependência e a autonomia, assim como a relação com os pares, que desempenha um papel primordial na identidade social. O adolescente confronta-se com alterações orgânicas e modificações de ordem psicológica e emocional, tem de lidar com novos desejos e interesses, diferentes formas de pensar, a possibilidade de múltiplas escolhas e enfrenta novas necessidades. É nesta fase que se instalam novos hábitos e padrões de comportamentos de saúde e de utilização dos serviços de saúde que tendem a manter-se na idade adulta e que influenciam a saúde atual e futura (Breinbauer & Maddaleno, 2005; Freake, Barley & Kent, 2007; Hargreaves, Elliot, Viner, Richmond, & Schuster, 2015). Por isso, a adolescência é um período fundamental, uma oportunidade única, para os profissionais investirem e melhorarem os resultados em saúde (Hargreaves et al., 2015).

A prevenção destes problemas remete para formas de intervenção que requerem um trabalho de tomada de consciência de si e dos seus limites, mudanças de comportamento que muitas vezes os adolescentes não avaliam da mesma forma que os profissionais e como tal não valorizam como significativas. Nas situações em que reconhecem os riscos e pretendem de facto evitá-los nem sempre identificam os profissionais de saúde como um recurso significativo neste âmbito. Mudar comportamentos, controlá-los, requer um trabalho conjunto entre o profissional de saúde e o adolescente ao longo do tempo, bem como o reconhecimento por parte dos adolescentes de que os seus comportamentos se constituem como potenciais ameaças à sua integridade.

Os profissionais de saúde acreditam que podem oferecer um importante contributo neste âmbito, desde que os jovens lhes reconheçam essa competência e os

procurem como figuras de suporte privilegiado. Esta é, no entanto, uma oferta de cuidados que permanece marginal e que não tem recolhido de modo efetivo a adesão generalizada dos adolescentes.

A diversificação e criação de ofertas de cuidados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) mais orientadas para os jovens, sobretudo a partir do final da década de 90, embora tenha aproximado alguns adolescentes dos serviços, não se tem traduzido numa adesão tão significativa quanto os profissionais acreditam ser necessária. Mantém-se, portanto, a relevância de repensar o modo como a intervenção dirigida aos jovens tem sido concebida e operacionalizada.

Vários autores nacionais e internacionais identificam como um problema o que designam como a subutilização ou utilização inadequada dos serviços que são disponibilizados aos adolescentes (Carvalho, Sá, Preto, Ferreira & Gaspar, 2013; DGS, 2005_a); Fonseca, 2012; Machado, Alves & Couceiro, 2011; Marcell & Halpern-Felsher, 2007; National Research Council and Institute of Medicine (NRCIM), 2009; Nordin, Solberg, & Parker, 2010; Tavares & Fonseca, 2009; Weiss, D'Angelo & Rucker, 2014).

Atualmente a oferta de serviços para adolescentes é superior à procura enquanto a utilização é inferior ao desejável, particularmente em situações relacionadas com vigilância de saúde, procura de informação e medidas de proteção (e.g. Marcell & Halpern-Felsher, 2007). Tem havido poucas mudanças na utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes nos últimos anos (Tivorsak, Britto, Klostermann, Nebrig & Slap, 2004). Este facto pode estar relacionado com falta de reconhecimento pelos jovens das próprias necessidades de ajuda, desconhecimento dos recursos disponíveis na comunidade e a pouca acessibilidade desses recursos (Menna & Ruck, 2004), ou com aspetos inerentes à interação do adolescente com o profissional, assistindo-se, por vezes, a um desencontro entre o que ele deseja e precisa e o que lhe é facultado e oferecido (Schaeuble et al., 2010; Booth, Knox & Kang, 2008).

Segundo dados publicados pela Direção Geral da Saúde, num estudo nacional realizado em 2004, o estudo mais atual que se conhece, “Saúde Juvenil – relatório sobre programas e oferta de cuidados no âmbito das instituições do SNS”, verificou-se que nos 349 centros de saúde que participaram, em cerca de 60% dos casos a prestação de cuidados personalizados à população adolescente era assegurada nas listas de utentes em Medicina Geral e Familiar (MGF) de forma exclusiva. Os restantes 40% afirmaram ter também em curso outras modalidades de atendimento para além daquela. Só no caso da ARSLVT é que predominou este último cenário (52,9%). No que diz respeito ao

grau de utilização dos serviços por parte dos adolescentes, 50,3% dos Centros de Saúde referiram haver utilização de acordo com a oferta, enquanto 47,4% entendeu existir subutilização (DGS, 2005_b).

Na perspetiva dos profissionais os principais obstáculos ou fatores que dificultam a utilização dos serviços pelos jovens são o medo da quebra de confidencialidade (62%), o desconhecimento pelos jovens do tipo de oferta dos serviços (59%), a pouca disponibilidade temporal dos profissionais (44%) e o desinteresse dos jovens (40 %), entre outros com menor relevância (DGS, 2005_b).

A preocupação com estas questões tem originado estudos sobre a procura dos serviços de saúde pelos adolescentes para identificar os determinantes dessa procura (Vingilis, Wade & Seeley, 2007), incluindo as condições dos locais e do atendimento pelos profissionais, recorrendo às ideias dos adolescentes (e.g., Ginsburg et al., 1995; Ginsburg, Menapace & Slap, 1997; Ginsburg, Forke, Cnaan & Slap, 2002; Hardoff, Tamir & Snir, 2006; Menna & Ruck, 2004; Vo, Pate, Zhao, Siu & Ginsburg, 2007) à identificação das suas necessidades (Gleeson, et al., 2002) concomitantemente com a identificação de barreiras à utilização dos serviços (Helms, 2003; Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Filk, 2009). Também os determinantes da (in)satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde associados ou não à intenção de procura têm sido uma área de estudo (Freed, Ellen, Irwin & Millstein, 1998; Benkert et al., 2007). Salienta-se a importância dos fatores relativos à comunicação e à relação dos profissionais de saúde com os adolescentes como a confiança, o respeito, a compreensão, a privacidade e a confidencialidade (Brown, & Wissow, 2009; Cottrell, Nield & Perkins, 2006; Kelsey & Abelson-Mitchell 2007; Tatar, 2001) sabendo que a experiência direta com os profissionais, quando positiva, parece aumentar a probabilidade de os jovens voltarem a procurar os serviços de saúde (Freake, Barley & Kent, 2007).

Para isso é também necessário que os serviços sejam atrativos e exista um “ambiente relacional” onde os adolescentes se sintam capazes de expressar pensamentos, sentimentos ou comportamentos, mesmo aqueles que os colocam em risco (idem, 2007). São primordiais as características e atitudes dos profissionais e a qualidade da relação que estabelecem com os jovens. Características dos jovens como a idade, o género e o nível socioeconómico também influenciam a procura dos serviços de saúde, sendo a utilização superior nas raparigas e adolescentes mais novos, embora estes resultados sejam, por vezes, pouco consistentes em relação à idade e às condições económicas (ARSLVT, 2013, 2014; INE, 2009; Vingilis, Wade & Seeley, 2007).

Clowers (2000) considera que se sabe pouco sobre as opiniões e preferências dos jovens em relação aos cuidados de saúde e que os programas baseados apenas nas opiniões dos adultos sobre como devem ser os cuidados aos adolescentes têm uma eficácia reduzida, e salienta-se que, na perspectiva dos profissionais, a procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes é insuficiente para a promoção e manutenção da saúde e bem-estar (idem, 2000; Giannakopoulos, Tzavara, Dimitrakaki, Ravens-Sieberer & Tountas, 2010; Ozer, 2007; Ozer et al., 2011). Um estudo mais recente, realizado no Reino Unido, veio reforçar a ideia de que o serviço de saúde é desenhado por adultos para adultos, onde são consideradas sobretudo as necessidades destes, e são os jovens que referem tendencialmente piores experiências comparativamente com outros grupos etários (Hargreaves & Viner, 2012). Os autores aconselham ouvir as ideias dos jovens, particularmente aos políticos e aos profissionais, defendendo que tal é fundamental para haver sucesso no objetivo de melhorar os cuidados de saúde que lhes são dirigidos. Manifestam a necessidade de realização de futuros estudos, tanto qualitativos para aumentar a compreensão da experiência dos jovens com os serviços de saúde, como quantitativos para melhorar a qualidade e a quantidade dos dados recolhidos (Idem, 2012).

Mais recentemente têm sido realizados vários estudos a nível internacional (e.g., Hargreaves, McDonagh & Viner, 2013; Haller et al., 2014; Kilkelly, 2011; Kilkelly & Savage, 2013; Tsai, Chou, Lin & Lin, 2013), para além dos já mencionados. Contudo, em Portugal conhecem-se muito pouco as ideias dos adolescentes sobre os cuidados de saúde e a importância que lhes atribuem, desconhecendo-se estudos nesta área, a não ser algumas iniciativas muito pontuais, sobretudo associadas à saúde sexual e reprodutiva ou a consultas circunscritas.

Reforçando a necessidade de prevenir as consequências negativas dos comportamentos de risco a curto, médio e longo prazo, a aposta tem sido cada vez maior em orientações e linhas de ação prioritárias com vista à promoção da saúde e bem-estar dos jovens, como consta nas *Guidelines for Adolescent Preventive Services* (Rand et al., 2005) e em outros documentos internacionais (AAP, 2008_a; WHO, 2014_a, 2014_b). Tem-se assistido igualmente a um crescente esforço no sentido de desenvolver e implementar serviços de saúde mais próximos e adequados ao desenvolvimento e às necessidades de saúde dos jovens, os designados “*adolescent friendly health services*” (DH, 2011; Hargreaves, 2011; Tylee et al., 2007; WHO, 2002, 2009, 2012).

No nosso país essas preocupações são visíveis nos programas e planos nacionais de saúde (Plano Nacional de Saúde (PNS), 2012-2016; Programa Nacional de Saúde dos Jovens, 2005; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), 2013; Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), 2006, 2014) onde têm vindo a ser explicitadas as finalidades e objetivos prioritários, designadamente na promoção de estilos de vida saudáveis, assim como os pressupostos de atendimento à população juvenil, fazendo um forte apelo à participação ativa do adolescente.

No contexto deste trabalho associa-se o conceito de promoção da saúde, utilizando as palavras de Barros, “a uma visão mais positiva e abrangente, que se interessa mais pela construção das diversas dimensões da saúde e da adaptação, tanto física como psicológica e social, do que pelo evitamento de riscos específicos” (2007, p.164) Ou seja, uma visão de promoção da saúde que encoraja as pessoas à discussão e à reflexão para fazer escolhas, encontrar soluções para os problemas, apelando a uma intervenção ativa.

Em suma, parte-se para esta investigação defendendo uma visão participada do adolescente como salvaguarda a Convenção sobre os Direitos da Criança¹, atendendo à sua fase de desenvolvimento, às suas experiências de saúde, privilegiando-se a interpretação e o significado que o jovem atribui a um conjunto de questões e experiências na sua relação com os cuidados de saúde. Como defende Hargreaves (2014) os adolescentes devem ter voz nas matérias que lhes dizem respeito, serem ouvidos e respeitados pelas suas opiniões e sugestões. Aos profissionais cabe agora aprender a ouvir, como tão bem o autor aconselha “*learning to listen*”, disponibilizando cuidados centrados no paciente adolescente (idem, 2014). Recorre-se a uma perspetiva desenvolvimentista num quadro teórico sustentado por conceitos e alguns modelos da psicologia da saúde, com a contribuição das orientações teóricas sociocognitivas, bastante utilizadas no âmbito do estudo das expectativas, atitudes e comportamentos.

A preocupação não é diretamente centrada na causalidade dos fenómenos, nem se segue um modelo teórico em particular, mas valoriza-se a subjetividade e a intersubjetividade, centrando o interesse no conhecimento e compreensão das ideias, expectativas, crenças e significados que os adolescentes atribuem às experiências que

¹ A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Artigo1º “Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos...”. Particularmente os artigos 12º e 13º que se referem ao direito da criança/adolescente participarem e expressarem as suas ideias e opiniões.

têm com os profissionais e os serviços de saúde e a influência que podem ter nos seus comportamentos, considerando o binómio desenvolvimento/saúde.

Sem desvalorizar a influência que têm os fatores, quer de ordem familiar, quer da escola e dos amigos, nas representações cognitivas e sociais que os adolescentes constroem sobre os cuidados de saúde, foi uma opção não os incluir diretamente nesta abordagem.

Tendo como pano de fundo as preocupações e pressupostos sucintamente explicitados, e porque se defende que só é possível dar respostas adequadas com a ajuda dos jovens a quem essas respostas se destinam, algumas questões se têm colocado: O que pensam os adolescentes sobre os serviços e os profissionais de saúde? Que ideias, sentimentos e significados emergem quando eles pensam em cuidados de saúde? Quais os profissionais que privilegiam no atendimento? Porque procuram, ou não, os serviços de saúde? Que experiências têm e como as avaliam?

Em síntese, a questão geral de partida foi: Como perspetivam os adolescentes os cuidados de saúde?

Acreditamos que conhecer o que pensam os adolescentes em relação aos serviços de saúde e às atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, o que deles esperam e preferem, o que sentem e qual o significado que lhes atribuem, é fundamental para compreender o problema na perspetiva do próprio ator, seja como utilizador ou ainda como espetador na eminência de, a qualquer momento, viver esse encontro.

Como objetivos gerais, pretende-se explorar, analisar e avaliar as ideias, expectativas e preferências dos adolescentes acerca das condições de atendimento dos serviços, e das atitudes dos profissionais de saúde, bem como os motivos de (não)procura e de (in)satisfação com os cuidados de saúde. Visa proceder-se ao estudo da relação entre estas e outras variáveis, como as características sociodemográficas e a frequência de utilização dos serviços de saúde.

Espera-se que o conhecimento e a compreensão das perspetivas dos adolescentes sobre os cuidados de saúde permitam desenvolver práticas profissionais mais apropriadas e em contextos com condições mais atrativas para os adolescentes, bem como contribuir para a mudança e/ou reforço das políticas e programas de saúde juvenil e para a orientação da formação dos profissionais de saúde para trabalharem nesses contextos.

Após esta introdução onde se apresenta uma abordagem geral e contextualização da problemática em estudo, indicando as questões orientadoras da investigação e a sua finalidade, seguem-se os capítulos de enquadramento teórico.

Passando pelos conceitos e limites imprecisos da adolescência, neste primeiro capítulo, percorre-se brevemente as tarefas que se colocam ao adolescente no percurso do seu desenvolvimento físico, cognitivo e socio-afetivo e na sua relação com os diferentes contextos de vida, com ênfase nos desafios e oportunidades ao nível do binómio desenvolvimento/saúde. Apresentam-se igualmente alguns dados sobre a saúde atual dos adolescentes, a nível internacional e sobretudo nacional, relevando-se os comportamentos de saúde e de risco e as questões das suas consequências em termos da morbilidade atual e futura. Ressalva-se a importância da intervenção dos profissionais de saúde, particularmente na promoção da saúde e prevenção da doença na trajetória do desenvolvimento do adolescente.

No segundo capítulo, já no cenário dos cuidados de saúde, entre as questões da procura e da oferta de cuidados apresentam-se as recomendações das políticas, dos programas e de algumas organizações de saúde internacionais e nacionais ao nível dos cuidados de saúde dirigidos aos adolescentes. Fazem-se algumas referências aos critérios da qualidade dos cuidados de saúde que pressupõem uma filosofia de cuidados centrados no adolescente. Nesta sequência, referem-se os requisitos necessários aos serviços “amigos” dos adolescentes, realçando-se a importância das características e atitudes dos profissionais na relação/encontro com os adolescentes no contexto dos cuidados de saúde. Na última parte deste capítulo retrata-se a situação de encontro ou desencontro dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde, onde se abordam as questões relativas ao adolescente, ao profissional e ao contexto de cuidados de saúde, com referência à multiplicidade de variáveis em jogo nesta dinâmica.

Apresenta-se no terceiro capítulo a metodologia, onde se esquematiza o desenho da investigação e se desenvolve a perspetiva geral do trabalho empírico. Posteriormente, segue-se o capítulo destinado às preferências, barreiras percebidas e satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde, onde se apresenta em formato de artigo cada uma destas componentes, que se constituem como subcapítulos.

Por fim, no último capítulo, faz-se uma discussão integrada do conjunto dos principais resultados, refletindo-se sobre as limitações e as implicações para a intervenção e a formação bem como algumas implicações teóricas enquanto precursoras de desafios para novas investigações na área.

CAPÍTULO 1
ADOLESCÊNCIA E ADOLESCENTES:
DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

1.1. Conceitos, contornos, e labirintos da adolescência

“Tempo do desenvolvimento humano no qual se projecta uma multiplicidade de estímulos físicos, afectivos e sociais, a Adolescência é um sinuoso caminho onde se projecta a complexa maturação somática e psíquica que modela a expressão da personalidade, promove certos comportamentos e pode, mesmo, dar origem a várias patologias”

“Labirintos da adolescência: Roads to whatever”
(Forum Gulbenkian de Saúde, 2011)

A adolescência tem sido frequentemente considerada como um período de transição entre a infância e a idade adulta (eg. Dahl, 2004; Goossens, 2006; Graber & Brooks-Gunn, 1996; Rivara, Park & Irwin, 2009), marcando a passagem entre a dependência infantil e a autonomia do adulto (Cloutier & Drapeau, 2012). Tem sido também caracterizada como um período de grandes mudanças físicas, cognitivas, emocionais e psicossociais (eg. Crosby, Santelli & DiClemente, 2009; Hoffman, 1996; Sales & Irvin, 2013; Sprinthall & Collins, 1994) que naturalmente têm impacto na saúde do adolescente (O'Donohue, Benuto, Tole, Payne & Davis, 2013).

Apesar de não ser consensual entre os diferentes grupos de investigadores, na generalidade têm sido as ideias de transição e de mudança as que mais frequentemente estão presentes na definição de adolescência. Coexiste ainda, embora com menor frequência, a associação à noção de crise como se tratasse de uma fase obrigatoriamente turbulenta e tempestuosa, marcada por tensões (i.e., *'storm and stress'*, Hall, 1904 cit. por Arnett, 1999) e conflitos inevitáveis e perturbadores que, embora transitórios, seriam necessários ao equilíbrio e desenvolvimento posterior. Ideias inauguradas em 1904 por Stanley Hall, o responsável pela primeira abordagem da adolescência no campo da psicologia.

Esta conceção foi perpetuada pelos psicanalistas, entre os quais, Sigmund Freud, Anna Freud, Peter Blos e Erik Erikson que lhe conferiram um carácter mais psicopatológico, criando a ideia da inevitabilidade da turbulência e dos conflitos emocionais assim como da existência de um distúrbio de desenvolvimento, reafirmando a ideia de uma perturbação normativa no adolescente. No entanto Erikson (1968), com uma visão menos patológica e direccionada para o desenvolvimento psicossocial, nas oito idades ou estádios do desenvolvimento humano que propõe, considera a adolescência na quinta crise ou idade normativa definida em torno do conflito entre

“identidade versus difusão de identidade/papéis”, cuja resolução se traduz na realização de um conjunto de tarefas até alcançar a idade adulta, onde a construção da identidade é a tarefa central.

As ideias acerca da instabilidade, da rebeldia e do conflito emocional obrigatórios e normativos, que tanto influenciaram as concepções quer dos pais e professores quer dos profissionais da saúde (e.g., Buchanan et al., 1990; Sampaio, 2006), têm vindo a ser substituídas pelo reconhecimento de que os adolescentes podem seguir uma série de diferentes “caminhos nos labirintos” entre a infância e a idade adulta, muitos dos quais não são tumultuosos e podem ser percorridos com sucesso. Há um crescente reconhecimento de que a definição desses percursos bem como a idade do início e do final da adolescência estão dependentes, entre os fatores de ordem individual, dos constrangimentos históricos e sociais, como tão bem descrevem Dubas, Miller e Petersen, em 2003, ao apresentarem numa perspetiva histórica os estudos e as diferentes teorias que foram surgindo sobre a adolescência durante o século XX.

Como refere Taborda Simões (2002) a realidade ‘adolescência’ tem-se revelado particularmente resistente a uma conceptualização integrada bem como a uma caracterização uniforme” (p.408). A autora discute, neste artigo, os principais conceitos associados à adolescência: o de crise, o de mudança e o de transição. Seguindo o percurso histórico e recorrendo às principais teorias da psicologia do desenvolvimento, repensa o conceito de adolescência à luz das ideias que sustentam a sua definição, onde faz claramente a sua opção, mostrando as vantagens de uma definição assente na ideia de mudança (Taborda Simões, 2002²).

Também em relação à designação e quanto aos contornos, numa perspetiva cronológica, não existe consenso entre os autores. Se não é fácil determinar exatamente o início da adolescência, muito menos é o seu fim (Sampaio, 1996). Com características

² Para a autora não existe qualquer contradição em aceitar, por um lado, a existência de processos gerais e, por outro, de consideráveis diferenças interindividuais. Uma vez garantida a legitimidade das descrições tem, então, sentido definir a adolescência através daquelas que permanecem as suas características genuínas, isto é do que faz da adolescência um autêntico período de desenvolvimento marcado pelo signo da mudança. É através do conjunto de mudanças que o adolescente vai procurando “um sentido para a vida no plano da construção de projectos de futuro e de adesão pessoal a valores e ideias, que se abre a possibilidades novas ou a caminhos diversos de desenvolvimento, os quais lhe impõem a necessidade de opções” (Taborda Simões, 2002, p.422).

A multiplicidade de definições e de discursos, muitas vezes até inconsistentes acerca deste período, faz-nos situar, à semelhança de Taborda Simões, a adolescência como um período de mudança capaz de permitir a efetiva identificação das suas características essenciais que a marcam como um período de desenvolvimento, com especificidades individuais fruto da interpretação e do significado que cada um atribui às suas experiências, nomeadamente relacionadas com a saúde e a doença.

que dependem tanto de variações individuais como socioculturais, a definição das suas fronteiras não tem sido fácil, uma vez que os critérios são móveis, pouco precisos e, até, reducionistas, tendo em conta que a idade cronológica como critério de desenvolvimento é apenas um indicador deste processo (Taborda Simões, 2002).

Os termos *adolescente* e *jovem* (*adolescent*, *teenager*, *youth*) são por vezes usados indiscriminadamente. O mesmo acontece com *adolescência* (*adolescence*) e *juventude* (*youth/young people*) que ora apresentam semelhanças, ora diferenças, nos seus limites. A delimitação dos contornos destes períodos tem sido discutida, estando longe de ser plenamente alicerçada (Taborda Simões, 2002). A Organização Mundial da Saúde/World Health Organization, por exemplo, apresenta alguma sobreposição quando considera a adolescência entre os 10 e os 19 anos e designa como juventude o período entre os 15 e os 24 anos (WHO, 2002). Também alguns autores (e.g., Patton, et al., 2010) no âmbito dos seus estudos utilizam os termos “*adolescents*, *youth* e *young people*” alternadamente para se referirem ao grupo etário dos 10 aos 24 anos.

Especificamente em relação ao termo *adolescência* assiste-se frequentemente a diferenças na definição das suas fronteiras. A título de exemplo, o National Research Council and Institute of Medicine (NRCIM, 2009) define-a entre os 10 e os 19 anos. O mesmo critério é seguido pela International Association for Adolescent Health (IAAH) (2015), assim como, em Portugal, pela DGS (2013_b). Enquanto autores como Paperny (2011) consideram este período entre os 10 e os 24 anos, já Cloutier e Drapeau (2012) situam-no entre os 12 e 18 anos e Sampaio (1996), em concordância com Laufer que estabelece como limites cronológicos as idades dos 12 aos 21 anos, justifica este prolongamento com a sua experiência clínica. Esta discordância deve-se, em parte, ao facto de alguns autores incluírem a puberdade ou pré-adolescência na designada fase da adolescência, enquanto outros a excluem, fundamentalmente porque este período tem vindo progressivamente a aumentar em termos temporais (Coleman, 2011). A entrada na vida adulta tem assim assumido novos contornos e tem vindo a ser adiada, prolongada e complexificada (Ferreira e Nunes, 2010).

Trata-se de uma fase dinâmica e de certa forma heterogénea, apontando-se algumas etapas para marcar essas diferenças. Steinberg e Morris (2001) propõem uma divisão em três fases: adolescência inicial, dos 10/11 aos 14 anos; a adolescência média, entre os 15 e os 17 anos; e a adolescência tardia, dos 18 aos 21. A World Health Organization (WHO, 2002) embora considere igualmente três fases e com designações semelhantes, estabelece limites diferentes, ou seja, a primeira entre os 10 e 13 anos onde

ocorre um surto de crescimento e o início da maturação sexual e do pensamento abstrato; adolescência intermédia ou adolescência propriamente dita, entre os 14 e 15 anos, onde se completam as principais mudanças físicas, começando-se a desenvolver um forte sentimento de identidade em relação ao próprio, pares e família, tornando-se o pensamento mais reflexivo e abstrato; e por último a adolescência tardia, entre os 16 e 19 anos, onde o adolescente adquire a estrutura física do adulto e define a sua identidade (WHO, 2002).

Se, por um lado, o desenvolvimento pubertário tem início cada vez mais cedo, por outro tem-se assistido ao prolongamento da escolarização associada ao adiamento da entrada no mercado de trabalho e a uma independência financeira cada vez mais tardia (Arnett, 2000; Goossens, 2006). Ao que acresce a dificuldade atual de encontrar o primeiro emprego que motiva o adiamento da saída de casa dos pais e o adiamento da idade da conjugalidade e da parentalidade, dificultando assim o exercício das funções associadas ao estatuto de adulto, particularmente a autonomia financeira e residencial (Ferreira & Nunes, 2010). Segundo os autores ser jovem é hoje um tempo de vida cada vez mais indeterminado e plural.

Face a estas transformações das sociedades atuais fortemente marcadas pela globalização, e em alternativa ao período da adolescência cada vez mais alargado, Arnett (2000) propõe um novo período com a designação de *idade adulta emergente* (“*emerging adulthood*”) referindo-se ao intervalo entre os 18 e os 25 anos. Considera-o como um período de desenvolvimento distinto, entre a adolescência e o jovem adulto, evitando o prolongamento excessivo da adolescência o que, para o autor, não faz sentido dadas as diferentes características, desafios e oportunidades de desenvolvimento que o jovem tem de enfrentar face às realidades e diferentes configurações socio culturais atuais (Arnett, 2000; Arnett & Hughes, 2012).

Em suma, o início da adolescência assinalado pelas alterações pubertárias da responsabilidade do sistema endócrino, dá continuidade ao conjunto de processos psicológicos cuja especificidade depende do significado que o adolescente atribui ao conjunto de transformações físicas e relacionais que ocorrem e a cada experiência que vive (Sprinthall & Collins, 1994). O final deste período não se restringe apenas pelo término do crescimento e do conjunto de alterações fisiológicas, mas marcadamente pela maturidade psicossocial incluindo a resolução de um conjunto de tarefas que lhe permitirá assumir o papel de adulto socialmente definido, variando assim entre as diferentes culturas (Blakemore, 2012).

O modo como os adolescentes sentem e vivem a sua adolescência, o significado que atribuem ao conjunto de mudanças internas e externas com as quais se confrontam é, maioritariamente, dependente dos seus contextos de vida, desde o familiar, ao grupo de pares, ao ambiente escolar, entre outros, sendo indiscutível para muitos autores que o desenvolvimento é influenciado quer pela maturação e experiências individuais quer pela cultura, pelo que é fruto da interação pessoa-contexto, neste caso da relação adolescente-ambiente(s) (eg. Dubas, et al., 2003; Lerner, 1996; Sprinthall & Collins, 1994; Steinberg & Morris, 2001).

Já anteriormente, em 1979, Brofenbrenner, havia proposto o modelo ecológico onde salienta que o desenvolvimento é um processo dinâmico, que resulta de mudanças contínuas na forma como a pessoa percebe e interage com os “diferentes ambientes ou envolventes”. Trata-se de um sistema onde estas relações são recíprocas e em permanente atualização, onde as influências ocorrem entre pessoas, entre os vários ambientes que as envolvem e entre as pessoas e esses respetivos contextos (idem, 1979).

Nesta breve abordagem do processo de desenvolvimento no período da adolescência, cabe agora, para além das dimensões socio afetiva e sociocultural, fazer algumas referências à dimensão sociocognitiva.

Ao abordar o desenvolvimento cognitivo relembra-se, e em termos piagetianos, que o aparecimento do pensamento operatório formal é considerado a principal novidade cognitiva que emerge no início da adolescência e desenvolve-se ao longo deste período (Inhelder e Piaget, 1958). Durante a adolescência o pensamento torna-se mais complexo e há um avanço na qualidade do processamento da informação. O pensamento, segundo Piaget afasta-se do concreto, sem ficar limitado à realidade, e passa a permitir a abstração e o raciocínio hipotético dedutivo. Ou seja, a dedução não se refere mais a realidades percebidas, mas a enunciados hipotéticos, isto é, a proposições que se referem a hipóteses, iniciando-se o designado período das *operações formais* (Inhelder e Piaget, 1958). O adolescente liberta-se do pensamento concreto sendo capaz de pensar em termos assumidamente formais, abstratos e virtuais (Lourenço, 1997).

O pensamento formal distingue-se sobretudo pelas características seguintes: a inversão de sentido entre o real e o possível, ser um pensamento combinatório, proposicional, hipotético-dedutivo e abstrato (Lourenço, 1997). Possibilita a capacidade de pensar em hipóteses ou em conceitos abstratos e pensar sobre o pensamento, permitindo a reflexão. O adolescente considera-se apto a resolver todos os seus

problemas e a considerar que as suas ideias são as melhores e as mais corretas, comportando-se como se os outros tivessem de organizar-se em torno dele e em função dos seus pensamentos e convicções, o designado egocentrismo intelectual.

O acesso às operações formais permite ao adolescente uma capacidade diferente de pensar e compreender a saúde e a doença. Apesar de muitos adolescentes terem ainda um raciocínio e um conceito de saúde e de prevenção característicos do pensamento concreto, há outros para quem o conceito de saúde se torna mais abrangente, reflexivo e complexo (Barrio, 1990, citado por Barros, 2003). Começam a reconhecer a influência do pensamento e das emoções na saúde global, e a saúde física e mental começam a ser consideradas como elementos da saúde, e compreendem que existe a possibilidade de controlar o estado de saúde, admitindo que o mesmo é influenciado por comportamentos e também por processos psicológicos, numa compreensão de causalidade múltipla, o que lhes oferece a possibilidade de exercerem algum controlo na sua saúde através das suas próprias decisões (Barros, 2003). A libertação do pensamento concreto permite uma maior capacidade de confronto e de resolução de problemas com recurso ao pensamento hipotético e a uma maior capacidade de abstração, o que permite equacionar estratégias de intervenção onde se reconhece o adolescente como um participante progressivamente mais ativo e autónomo na gestão dos processos de saúde.

O facto de se alcançar o período das operações formais não significa que o desenvolvimento cerebral tenha terminado. Sabe-se hoje que o córtex pré-frontal, sendo a zona do cérebro responsável pelo controlo dos impulsos e pela tomada de decisão, só atinge o pleno desenvolvimento cerca dos 20-22 anos ou mais (Kelly, 2007; Sawyer et al, 2012). As neurociências têm vindo a mapear o cérebro e têm revelado que o desenvolvimento cognitivo, a maturidade emocional e a capacidade de tomada de decisão e de julgamento no adolescente serão influenciadas até terminar o desenvolvimento do córtex pré-frontal o que tem, em muito, contribuído para uma melhor compreensão do comportamento dos adolescentes (Blakemore, 2011).

Segundo a mesma autora, foi na segunda metade do século XX que o interesse pelo desenvolvimento cerebral aumentou consideravelmente. Mas somente nos últimos 15 anos, por via dos avanços das técnicas de imagem, é que a pesquisa tem revelado bastante informação acerca do funcionamento do cérebro humano ao longo do ciclo de vida (Blakemore, 2011).

No âmbito da investigação que tem sido produzida, alguns autores têm vindo a clarificar parte do processo de maturação do cérebro, procurando uma maior compreensão dos comportamentos dos adolescentes e eventuais implicações práticas ao nível da intervenção.

Sabe-se hoje, que o córtex pré-frontal, que é o local do controlo executivo das funções, incluindo o planeamento, a regulação emocional, a tomada de decisão, a multitarefa e a autoconsciência, é uma das regiões do cérebro cujo desenvolvimento é mais prolongado no indivíduo. Em contraste, o sistema límbico (“*o banco emocional do cérebro*”), que regula o processamento da recompensa, do apetite, e da procura do prazer, desenvolve-se mais cedo na adolescência do que o córtex pré-frontal. Este grande desfasamento na maturação entre o sistema límbico e o córtex pré-frontal está presente fundamentalmente durante a fase inicial e intermédia da adolescência. Correr riscos elevados neste período pode ser explicado por este desfasamento na maturidade cerebral que favorece comportamentos conduzidos mais pela emoção e pela recompensa do que pela tomada de decisão racional (e.g., Blakemore, 2011; Blakemore & Mills, 2013; Sawyer et al., 2012; Spear, 2013; Steinberg, 2008).

Estes recentes avanços na compreensão do desenvolvimento do cérebro adolescente mostram que as zonas de procura de recompensa do cérebro desenvolvem-se antes das que são responsáveis pelo planeamento e controlo emocional. Também sabemos agora que o cérebro adolescente possui uma grande plasticidade tendo uma notável capacidade de mudança e de adaptação (WHO, 2014; Spear, 2013). Isto implica que a experimentação, exploração e o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco é mais normativo do que patológico (Spear, 2013), satisfazem algumas necessidades e respondem a tarefas de desenvolvimento adequadas, como a autonomização da família ou a integração nos grupos (Barros, 2003), e representa uma possibilidade e necessidade real de intervenção em fases de desenvolvimento mais precoces (WHO, 2014). Também para Steinberg (2008) os jovens não têm a maturidade cerebral necessária para identificar plenamente os riscos e lidar com as ameaças quando confrontados com as situações da vida real e sobretudo na presença dos pares, sugerindo que alguns programas de intervenção dirigidos aos jovens podem não ser eficazes na redução do risco, admitindo que os adolescentes podem ficar mais informados, mas dificilmente irão alterar o seu comportamento (Steinberg, 2008). Para o autor, há uma discrepância entre conhecimento e comportamento. Relembrando Joyce-Moniz “a emoção é concebida como a motivação para a cognição e o comportamento. Emoções e

cognições constituem-se como sistemas estruturais separados, embora interrelacionados” (1992, p.77). O que Reis reforça afirmando que “a vida afetiva e a vida cognitiva são inseparáveis, apesar de distintas, e o comportamento envolve sempre ambas” (Reis, 2007, p.105).

Os dados dos estudos na área sugerem que os adolescentes podem tomar decisões inesperadas apesar do conhecimento que tenham sobre os riscos. Os adolescentes são influenciados, mais do que os adultos, por situações stressantes, quando tomam decisões sobretudo na presença dos seus pares. Os seus comportamentos são frequentemente reforçados e aprovados pelos amigos, tendo uma função não só de diversão como de gratificação. Também, segundo Barros, esta pressão dos pares e outras pressões sociais a que os jovens são sujeitos e a dificuldade em controlar os impulsos ou de ponderar objetivos à partida contraditórios, podem ser motivo de dificuldades no assumir de estilos de vida ou comportamentos saudáveis, e que à partida estejam em contradição com os estilos dominantes ou socialmente mais valorizados (Barros, 2003).

O estudo do neuro desenvolvimento no adolescente é ainda bastante recente, e tem colocado muitas questões (Spear, 2013). Mas tem sido profícuo à compreensão do comportamento dos adolescentes, sobretudo quando as pesquisas são partilhadas por várias áreas do conhecimento (Dahl, 2004) e quando os contributos podem ter possíveis implicações nas políticas e programas centrados na saúde e no bem-estar dos adolescentes (Dahl, 2004; Spear, 2013).

No estudo da adolescência, para uma melhor compreensão dos fenómenos, Dahl (2004) propõe uma abordagem interdisciplinar pela natureza da transição desenvolvimentista que este período encerra. Referindo-se especificamente ao desenvolvimento do cérebro na adolescência, defende a necessidade de um diálogo transdisciplinar conducente a um trabalho conjunto entre várias áreas como as neurociências, a psicologia do desenvolvimento, a investigação clínica e as ciências sociais, dando ênfase à interação cérebro/comportamento/contexto social.

Acredita que só esta transdisciplinaridade permitirá encontrar uma estrutura conceptual que nos conduza à compreensão do comportamento dos jovens e das consequências negativas ou positivas na sua saúde, que possibilite o planeamento de intervenções mais precoces e implementação de estratégias de prevenção mais adequadas e eficazes (Dahl, 2004). Este deve ser o foco da pesquisa sobre o desenvolvimento na adolescência e não mais o seu estudo em torno de “mini-teorias”

com modelos que explicam apenas pequenas “peças” de um grande “puzzle” (Steinberg & Morris, 2001, p.101). Condições que parecem ser a favor do paradigma holista e humanista que considera a pessoa “na sua complexidade e totalidade simultaneamente biológica, psicológica, social e espiritual, interna e externa, individual e social” (Barros, 2003, p.190). Uma vez que só esta complexidade será coerente com os conhecimentos mais atuais das diferentes ciências que se ocupam do estudo do indivíduo.

Assim, na adolescência a resolução das principais tarefas desenvolvimentistas como as modificações na relação com o corpo, as transformações nas relações com os pais, a mudança nas relações com os pares e a definição da identidade sexual são fundamentais à entrada na idade adulta (Sampaio, 1996). As relações com os pais transformam-se no sentido de uma maior independência e autonomia, passando os pares a constituir o principal ponto de referência e de identificação, e o adolescente, face a um corpo sexuado, inicia as relações de partilha e de intimidade definindo a sua identidade sexual.

O prazer pela novidade e pela descoberta, a curiosidade pela experimentação e a necessidade da vivência do risco e de testar limites confronta o adolescente com a necessidade de fazer opções. Tomar decisões faz parte integrante do seu desenvolvimento, o que associado à primazia pelos grupos de amigos contribui, em muito, para o adolescente se distanciar/autonomizar da segurança familiar e construir a sua própria autonomia. O desenvolvimento de competências cognitivas de identificação e solução de problemas, gestão de conflitos e tomada de decisão são fundamentais ao envolvimento do adolescente no seu processo de saúde, assim como à sua participação em projetos e programas na área da saúde.

A percepção de invulnerabilidade ao risco na adolescência tem sido uma hipótese colocada por vários autores, para explicar a elevada frequência de comportamentos de risco nesta etapa do desenvolvimento, como consequência do egocentrismo específico do adolescente e do sentimento de invulnerabilidade e de onipotência (Elkind, 1967). Esta questão da invulnerabilidade associada à percepção de risco nos adolescentes tem sido bastante discutida, colocando-se a hipótese de não ser tão diferente do adulto quanto se pensa (Quadrel, Fischhoff & Davis, 1993), havendo outros fatores que influenciam os julgamentos de risco dos adolescentes como as consequências positivas e negativas que advêm das próprias experiências que envolvem riscos (Vinagre & Lima, 2006).

No entanto, é bastante menor a discordância em defesa do pensamento imediatista do adolescente, de obter prazer a curto prazo, do maior interesse na recompensa, havendo uma centração socioafetiva no momento presente, que lhe dificulta pensar nas consequências a longo prazo especialmente na presença dos amigos, o que poderá influenciar negativamente os esforços no sentido da prevenção e da promoção da saúde dos quais não se percebem resultados benéficos imediatos (Gardner & Steinberg, 2005, Steinberg, 2008). Reforçado também pela crença, da maioria dos jovens, de que o seu futuro é mais positivo que o dos outros, ou seja que é mais fácil o outro ser alvo de uma consequência negativa de um comportamento de risco do que o próprio, e a crença de que é possível prevenir o problema por si, o que Weinstein designou de enviesamento ou otimismo irrealista (*optimism bias*, Weinstein, 1980). Na avaliação das situações de risco, o desejo do benefício ultrapassa a percepção do risco (Steinberg, 2008). Também já Goldberg e colegas (2002) afirmavam que os adolescentes se envolvem em comportamentos de risco para a saúde não porque desconhecem os riscos, mas porque conhecem os seus benefícios, o que tem sido reforçado pela evidência com a ajuda das neurociências, como vimos anteriormente.

De referir a vasta investigação que tem sido desenvolvida no estudo da adoção de determinados comportamentos de saúde ou de risco utilizando o modelo das crenças de saúde (Becker & Maiman, 1975), onde se defende que o envolvimento da pessoa no comportamento em questão é motivado quer pela percepção da ameaça que esse comportamento representa (crenças na vulnerabilidade e gravidade percebidas), quer pelos benefícios quer pelas desvantagens ou barreiras percebidas que poderão advir dessa escolha. Frequentemente, nos adolescentes os benefícios ultrapassam quer o sentimento de ameaça quer as desvantagens que possam advir da adoção do comportamento em questão o que facilita, em muito, o seu tão desejado envolvimento.

No entanto, tal como já referido, a adolescência não é só um período com uma elevada prevalência de riscos ou vulnerabilidades, mas também um período recheado de oportunidades (Dahl, 2004, WHO, 2009) sendo, sem dúvida, muitíssimo favorável ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis. Os profissionais nomeadamente os de cuidados de saúde primários podem, nos seus encontros com o adolescente, desempenhar um papel fundamental na prevenção de resultados adversos e na promoção de estilos de vida saudáveis (AAP, 2008a), através do encorajamento ao debate e reflexão sobre as suas escolhas, motivando o exercício da autonomia no controlo dos seus estilos de vida. Ressalva-se a preocupação de utilizar as metodologias

mais adequadas ao nível de desenvolvimento que permitam ao adolescente compreender os significados das suas opções. Assim sendo, o estabelecimento de contactos do adolescente com o sistema de cuidados de saúde, durante este período de múltiplas mudanças, é substancialmente importante não só para obter o suporte necessário e atempado ao desenvolvimento de comportamentos de saúde, bem como facultar-lhe intervenções adequadas perante comportamentos prejudiciais à saúde (Zimmer-Gembeck, Alexander & Nystrom, 1997).

As perspetivas de estudo do desenvolvimento são indissociáveis das questões da saúde do adolescente e têm de ser integradas para a compreensão do adolescente na vivência da sua adolescência face à sua situação de saúde, que pode obviamente incluir a doença. A existência de dificuldades na passagem para a idade adulta tem sem dúvida influência na saúde e bem-estar do adolescente (European Commission, 2015) assim como o seu contrário. Não é fácil para os profissionais, sobretudo sem formação específica na área, fazerem a distinção entre o adolescente com dificuldades e problemas normativos e o adolescente com dificuldades afetivas ou alterações transitórias do comportamento que pode evoluir para um adolescente verdadeiramente problemático e em risco (Fonseca, 2005), nomeadamente em saúde mental (Loureiro, 2014; Marques, 2009).

O exercício adequado das competências dos profissionais de saúde, no encontro com o adolescente, implica não só o conhecimento da dimensão biológica e fisiológica do adolescente e das patologias, mas de todas as dimensões do seu desenvolvimento nomeadamente cognitivo e socio afetivo sem excluir a importância dos seus contextos de vida (Meynard, Haller, Navarro & Narring, 2008). É fundamental o reconhecimento de que o desenvolvimento das capacidades é progressivo e influencia a forma como os adolescentes pensam a saúde e a doença, o que pensam sobre o futuro, o que por sua vez influencia as suas decisões e comportamentos (Barros, 2007). Para os profissionais satisfazerem a unicidade das necessidades de saúde dos adolescentes precisam, sem dúvida, de ter formação sobre o desenvolvimento físico, psicossocial e emocional deste grupo etário, o que na opinião de alguns autores raramente acontece (Meynard, Haller, Navarro & Narring, 2008; WHO, 2012).

Somente uma abordagem desenvolvimentista e holística do adolescente, reconhecendo e valorizando a dimensão subjetiva e experiencial com a saúde e a doença, permitirá fortalecer e reforçar as suas capacidades e competências em desenvolvimento, informar adequadamente e ajudar nas escolhas em saúde, responder

às necessidades reais de cada adolescente ajudando a minimizar os fatores de risco e a potencializar os fatores protetores do seu desenvolvimento saudável.

É no conjunto das dimensões biológica, individual/comportamental e sociocultural que o adolescente deve ser percebido e abordado/atendido pelos profissionais de saúde nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, privilegiando-se intervenções de prevenção e de promoção da saúde holísticas e integradoras (Matos & Sampaio, 2009; OE, 2010). Importa também disponibilizar serviços e políticas de saúde adequadas aos adolescentes, onde o seu lugar de espectador seja substituído pelo de ator e sujeito ativo do seu processo de desenvolvimento e do seu projeto de saúde.

1.2. Adolescentes e saúde no contexto atual

“(...) investment in adolescent health is essential (...) because adolescents will inhabit both the present and future.”

“The link between adolescent and adult health suggest that evidence-based investments in healthy adolescent development have enormous implications for future global health.”

(Resnick, Catalano, Sawyer, Viner, & Patton, 2012)

Anteriormente as causas de mortalidade e morbilidade estavam associadas a fatores de natureza biomédica, sobretudo a doenças infecciosas, enquanto atualmente, essas causas estão sobretudo associadas a fatores de ordem social e comportamental (Blum & Nelson-MMari, 2004; Blum & Dick, 2013; Ogden, 2007; Simões, 2007). Estamos e já desde meados do século XX, numa época marcada por uma *“epidemia comportamental”* (Sallis, Owen & Fotheringham, 2000). Os comportamentos e os estilos de vida são presentemente determinantes cruciais para a saúde, doença, e incapacidade, assim como para a mortalidade prematura (Simões, 2007, 2010).

Saraiva (2015), na comemoração anual do dia Mundial da criança, recorda os principais fatores determinantes da saúde. A genética representa 30%, enquanto os comportamentos contribuem em 40%, cabendo os restantes 20% ao ambiente e saúde pública com referência à importância do cumprimento do plano nacional de vacinação (que incluem também uma dimensão comportamental), referindo que “apenas 10% resultam dos cuidados diagnósticos e terapêuticos apesar destes representarem mais de 50% de todos os orçamentos da saúde” (J. M. Saraiva, comunicação, 1 de junho, 2015).

A condição de saúde depende da interação de múltiplas e diversificadas variáveis o que tem dificultado a sua identificação e a intervenção.

Focando-nos no adolescente, os fatores individuais, como os de cariz genético/biológico, psicológico e comportamental (incluindo os mais subjetivos como as crenças, as significações e as representações, o significado atribuído à vivência de experiências passadas e recentes, e às transformações inerentes a esta fase, a perceção da saúde e da qualidade de vida relacionada com a saúde), a idade, o género e etnia; as condições socio económicas e educacionais, a estrutura familiar, relações com os amigos, contextos escolares, suporte social, condições e acesso aos cuidados de saúde e a qualidade das respostas às necessidades de saúde, entre muitos outros, são de considerar como importantes influências no desenvolvimento dos adolescentes e nos seus comportamentos relacionados com a saúde. A saúde dos adolescentes resulta assim da interação de um conjunto de fatores de natureza individual, ambiental e socio cultural que influenciam os seus padrões comportamentais com visibilidade nos seus estilos de vida.

De referir, as novas tecnologias de comunicação e informação às quais os adolescentes têm acesso cada vez mais cedo, e estão “ligados” cada vez mais tempo, o que alguns autores designam de “geração digital” (Maia et al., 2015), bem como a crescente globalização económica e cultural a que se tem assistido, nos últimos anos, que têm tido um grande impacto contribuindo até para alguma homogeneização dos padrões de comportamentos e de doença dos adolescentes sobretudo nos países desenvolvidos (Blum & Nelson-Mmari, 2004).

No seu quotidiano deparam-se com novos riscos e oportunidades, novas necessidades e preocupações no que diz respeito à saúde. O conjunto das suas inquietudes, incertezas, ambivalências e imaturidades, associadas ao desejo do prazer imediato, inerentes ao seu desenvolvimento, indicam uma probabilidade distante de uma opção por um projeto seguramente saudável. Sendo que, muitas das escolhas que têm impacto na saúde e que frequentemente subsistem ao longo do tempo são, de facto, feitas nesta fase da adolescência (Simões, 2010).

Dáí o foco na adolescência ser fundamental nas agendas de saúde pública (Sawyer et. al., 2012; WHO, 2014_b) quer para atingir os objetivos da redução das taxas de morbi-mortalidade, quer também e sobretudo pelos próprios adolescentes e pela compreensão das causas dos seus problemas e possível resolução (Bustreo & Chestnov, 2013).

Como já referimos, historicamente a adolescência tem sido considerada um dos períodos mais saudáveis do ciclo de vida, face à baixa taxa de mortalidade em relação a

outros períodos do ciclo de vida, (Fattusi & Hindin, 2010) e à forte associação a grandes capacidades físicas, vigor, energia, e avultadas competências cognitivas (Patton et al., 2009), razões para não se atribuir a devida importância à saúde dos adolescentes (Patton et al., 2012). No entanto, nos últimos 25 anos, tem-se assistido a nível mundial a algumas alterações nas taxas de mortalidade e morbilidade dos jovens, entre os 10 e os 24 anos e, sobretudo, a grandes mudanças nas suas causas e nos padrões comportamentais (Blum, 2009). Estas mudanças no comportamento dos jovens, motivadas pelas alterações nos estilos de vida e mudanças socio económicas e políticas, que os expõem a novos riscos e potenciam os que estão associados às características desta fase de desenvolvimento, constituem uma realidade que merece atenção e investimento.

De facto, enquanto na última década se tem assistido a uma importante diminuição das taxas de mortalidade e morbilidade nas crianças, nomeadamente na Europa, o mesmo não tem acontecido na população juvenil estando associadas principalmente a doenças e condições não transmissíveis, incluindo acidentes, suicídio, frequentemente ligados ao consumo de substâncias psicoativas, entre outras (Coleman, Hendry & Kloep, 2007; Eurostat, 2015; Michaud & Ambresin, 2014; Patton et al., 2012). De mencionar um estudo de Viner e colegas sobre a mortalidade na população jovem, onde os autores compararam mais de 15 países europeus e indicam que os acidentes de viação são os que mais contribuem para a elevação das referidas taxas sobretudo nos países desenvolvidos (Viner et al, 2014).

Os dados do último relatório da WHO “health for the world’s adolescents”, com dados de 109 países relativos a 2012, dão conta das três principais causas de mortalidade entre os jovens dos 10 aos 19 anos de idade, por ordem decrescente: os acidentes de viação, VIH/SIDA e suicídio. Ainda que, na globalidade, a taxa de mortalidade tenha tido uma ligeira descida, os dados continuam a ser preocupantes. Quanto às causas de morbilidade, com estimativas por anos de vida ajustados à incapacidade, ou seja anos perdidos de vida saudável (Disability-adjusted life years – DALY) surge a depressão a ocupar o primeiro lugar, seguida dos acidentes de viação, com o VIH/SIDA em quarta posição, o suicídio na quinta e a ansiedade em oitava. Atualmente a depressão é assim, a nível internacional, a principal causa de doença e incapacidade nos adolescentes entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2014_a; 2014_b). São também preocupantes as questões do consumo de substâncias psicoativas, da saúde

sexual e reprodutiva, da violência e dos padrões alimentares face aos casos de obesidade e à escassa atividade física (WHO, 2014_a; 2014_b; Dick & Fergusen, 2015).

Alguns autores comparam dados internacionais sobre a saúde dos jovens (10 aos 24 anos) e chamam a atenção para a existência de diferenças entre várias regiões do mundo e entre países, assinalando também as diferenças entre os grupos etários, o género, e o nível socio educacional dada a variação das condições socio económicas e culturais (Fatusi & Hindin, 2010; Patton et al., 2012; Sawyer et al., 2012). Num estudo que Patton e colegas realizaram, entre o conjunto de resultados, são de considerar as diferenças entre os países da Europa Ocidental assinalando a mortalidade por acidentes de viação substancialmente mais elevada nos rapazes e que aumenta significativamente com a idade, onde destacam Portugal e a Grécia como dois dos países onde esta taxa é relativamente mais elevada (Patton et al., 2012). Importa referir que nas taxas de mortalidade por suicídio, violência e por VIH/SIDA Portugal não ocupa um lugar de destaque.

Os comportamentos pouco saudáveis apresentam, em geral, um aumento da prevalência com a idade e uma relação inversa com o nível socioeconómico e são habitualmente mais comuns nos rapazes. Todavia em algumas situações tal não acontece, pelo que é necessário ter em consideração estas variáveis (Currie et al., 2012, WHO, 2014_b).

De salientar que os problemas de saúde mental são frequentes durante a adolescência e, segundo os últimos dados estatísticos, há uma tendência para aumentarem (DGS, 2015a, 2016). Num estudo longitudinal realizado na Austrália os resultados evidenciaram que cerca de um terço dos rapazes e metade das raparigas, a frequentarem o ensino secundário, já tinham tido um episódio depressivo importante e sintomas de ansiedade (World Report, Lancet, 2014).

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) e a OMS (Região Europeia) uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais, proporção que tem tendência a aumentar e, entre estas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica e só 1/5 recebe tratamento apropriado (Marques, 2009; DGS, 2016). Na Europa estima-se que cerca de um em cada dez adolescentes de 18 anos sofre de depressão (DH, 2011).

Em Portugal, à semelhança do que se passa nos outros países, nomeadamente na Europa (Eurostat, 2015), as lesões não intencionais, ou seja os acidentes, têm um grande impacto na saúde das crianças e dos adolescentes. Constata-se que constituem a

principal causa de morte e morbidade, particularmente os acidentes de viação e respetivas sequelas, principalmente nos jovens entre os 15 e 24 anos, com predominância no sexo masculino, seguindo-se o grupo das causas de morte desconhecidas (DGS, 2015_b; INE, 2015).

Em termos de morbidade, recorrendo à unidade de medida padronizada DALY, que nos permite determinar o peso dos determinantes na mortalidade prematura, em 2010 podemos verificar algumas das estimativas nacionais por grupos de doenças e respetivas diferenças no grupo entre os zero e os 19 anos de idade (Programa Nacional de Saúde Escolar, (PNSE), 2014).

Como se observa, na Tabela 1, o peso das doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como dos acidentes (incluindo todas as causas externas de lesão) é diferente nos três grupos etários considerados.

Tabela 1. Estimativas nacionais, por grupos de causas, associadas às doenças transmissíveis e não transmissíveis, por grupo etário

Peso da Doença (DALY)	Até aos 5 Anos (%)	5-14 Anos (%)	15-19 Anos (%)
Não Transmissíveis	46,7	81	79
Transmissíveis	45,7	10,2	3
Acidentes	7,6	8,8	18

Retirado do PNSE (2014, p.3)

Enquanto as doenças transmissíveis têm um maior impacto até aos cinco anos de idade, cerca de 46% do total dos DALY, as não transmissíveis quase duplicam a partir desta idade e distribuem-se por várias categorias. Também o peso dos acidentes aumenta com a idade.

Com o foco nas doenças não transmissíveis e a unidade de referência DALY, quando se comparam as principais causas associadas a este grupo de doenças constata-se que são as perturbações mentais e comportamentais as que têm um maior peso na qualidade de vida. Entre os 5-14 anos correspondem a 22% do total de DALY e entre os 15 e os 19 anos o peso aumenta para 26%, principalmente por depressão que ocupa o primeiro lugar, seguida de ansiedade. Surgem também, embora com uma percentagem bastante inferior, os consumos de álcool e de drogas onde se verifica um aumento no grupo dos adolescentes mais velhos. O peso dos acidentes foi superior para os de viação e a sua contribuição também aumentou com a idade (PNSE, 2014).

Para uma melhor compreensão da situação de saúde atual e dos estilos de vida dos adolescentes, considera-se pertinente conhecer alguns dados relativos aos comportamentos de saúde e de risco dos adolescentes portugueses, em função de algumas variáveis sociodemográficas já mencionadas.

Assume-se que os estudos de natureza epidemiológica, que se incluem em modelos preventivos de orientação mais biomédica, caracterizam os comportamentos dos adolescentes e alguns dos fatores de influência que são fundamentais para informarem as políticas e nomeadamente as ciências da saúde, e as ciências sociais e humanas no sentido da resolução dos problemas identificados. A psicologia da saúde pode dar o seu contributo na identificação e no estudo da compreensão dos determinantes dos comportamentos, particularmente nas dimensões cognitiva sociocognitiva e afetiva-emocional, no desvendar dos significados e dos sentidos atribuídos pelos jovens à saúde e à doença, à qualidade de vida e à satisfação com a vida e às suas vivências não só na relação com a família, amigos, escola mas também na relação com os cuidados de saúde, nomeadamente com os serviços e com os profissionais, recorrendo à psicologia do desenvolvimento. Visa a mudança dos comportamentos através da promoção da reflexão sobre os hábitos em saúde e os efeitos positivos e/ou nocivos na saúde, da capacitação para o confronto e resolução dos problemas relacionados com a saúde e da autonomização do adolescente, no sentido da saúde e do bem-estar, numa visão desenvolvimentista e numa perspetiva ecológica atendendo aos contextos com que interagem e onde se incluem, para além da família e da escola, os serviços e os profissionais de saúde.

No entanto, estas perspetivas, uma mais informativa e a outra compreensiva são complementares no âmbito da saúde e inspiram-se nos objetivos da redução da mortalidade, na melhoria dos indicadores da saúde, e no atingir níveis mais elevados da qualidade de vida e do bem-estar da população juvenil.

Na abordagem do panorama geral das perceções, atitudes e comportamentos de saúde dos adolescentes portugueses toma-se como referência o último estudo do HBSC, com dados recolhidos em 2012 e divulgados em 2014 (Matos et al., 2015). Trata-se de um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde participam 44 países, entre os quais Portugal, e que pretende estudar os estilos de vida e os vários comportamentos nos diferentes contextos de vida. Neste último estudo colaboraram 6026 alunos, de várias regiões do país, a frequentarem o 6º, 8º e 10º ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos, sendo a média de 14

anos, com uma amostra representativa a nível nacional. Complementando também com resultados de outros estudos da responsabilidade do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), dos Planos e Programas Nacionais de Saúde, como o PNSE, e contributos de outros relatórios.

De forma geral, pode dizer-se que a maioria dos adolescentes portugueses perceciona a sua saúde como boa (49,5%) ou excelente (37,4%), e estão satisfeitos com a vida, com maior frequência no grupo dos mais novos e nos rapazes. O que confirma os resultados obtidos em vários países onde os adolescentes se consideram, na globalidade, saudáveis e revelam satisfação com a vida (Currie et al., 2012; Eurostat, 2015).

Na globalidade, apresentam indicadores com valores médios entre os 44 países da Europa, Estados Unidos, Canada e Israel nas questões da violência, do consumo de substâncias psicoativas, da saúde sexual e reprodutiva e as infeções sexualmente transmissíveis (ISTs). Estão entre os primeiros na utilização de telemóveis e computadores e entre os últimos na prática de atividade física, sobretudo nas raparigas, sugerindo a associação do excesso de peso com o sedentarismo (Currie et al., 2012; Matos, 2014). No entanto, são de salientar aspetos relativos a comportamentos mais específicos como os hábitos alimentares, o sedentarismo, as mais diversas formas de dependência, o bullying e ainda o aumento de comportamentos autolesivos.

Quanto aos hábitos alimentares apesar de parecerem estar a melhorar, o excesso de peso e obesidade nos adolescentes manteve-se em relação a 2010, e o número de horas ao computador e a ver televisão (4 ou mais horas/semana) mantém-se elevado. São as raparigas e os adolescentes mais velhos que praticam menos atividade física e a prática de desportos vai também diminuindo com a idade. Os indicadores da prática da atividade física são bastante baixos em relação aos restantes países. Os jovens portugueses, assim como os Europeus, vivem cada vez mais tempo *online*, ao qual está associado um conjunto de oportunidades de conhecimento e desenvolvimento de competências, a par da exposição e confronto com vários riscos (Eurostat, 2015; Maia et al, 2015), como a exposição ao cyberbullying, o “rasto” digital e a dependência da internet (WHO, 2014_b).

Em relação à sexualidade o número de adolescentes que já teve relações sexuais nas idades em estudo no Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC), tem vindo a diminuir desde 2006. A maioria refere ter usado preservativo na primeira e na última relação sexual. Preocupante é o facto dos jovens, que mencionaram já ter tido

relações sexuais e não terem usado preservativo, afirmarem que o seu não uso está associado ao elevado custo dos mesmos, bem como por serem os adolescentes mais novos (8º ano) que menos o utilizam. Este perigo é acrescido quando se assiste a um aumento das relações sexuais associada ao consumo de álcool ou drogas, considerando-se um importante sinal de alerta.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, verifica-se que o consumo de tabaco tem vindo a diminuir e Portugal está abaixo da média europeia, sendo as raparigas e os adolescentes mais velhos que mais referem ter experimentado fumar. A média de experimentação é cerca dos 13 anos.

No consumo de álcool são também os mais velhos, mas agora os rapazes que mencionam consumir mais, assim como terem ficado mais vezes em situação de embriaguez. No entanto, entre os que já consumiram álcool, 30,7% dos mais novos (8º ano) e 14,3% do 10º ano, fizeram-no aos 11 anos ou menos.

Entre as drogas ilícitas as mais consumidas são os solventes e a marijuana, a última mantendo o padrão de comportamento anterior. Também como no consumo de álcool, as idades de experimentação são bastante precoces, como é o caso dos jovens do 8º ano em que 33,8% experimentaram este tipo de consumo aos 11/12 anos.

Para completar os dados acima referidos, recorreu-se ao estudo European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD) sobre a evolução dos consumos de substâncias psicoativas na população de adolescentes, que integra 35 países incluindo Portugal. Deste, surge um estudo específico em Portugal, designado Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas (ECADT), que inclui uma amostra representativa a nível nacional, de 13000 alunos do ensino público (7º a 12º anos de escolaridade), com cerca de 2000 por cada ano de idade, desde os 13 aos 18 anos, com 45% de rapazes e 55% de raparigas.

No geral, os dados indicaram que os consumos aumentam com a idade e são superiores nos rapazes, o que confirma os dados do HBSC. Verifica-se que, de 2007 para 2011, entre os 13 e os 18 anos de idade, apesar de haver diminuição do número de consumidores de álcool em todos os grupos etários e por género, houve um aumento dos consumos mais intensivos de álcool, com mais situações de embriaguez (consomem com maior intensidade, maior frequência, maiores quantidades de uma só vez (binge drinking) e bebidas de maior teor alcoólico como as destiladas. Quanto ao tabaco, embora se assista a um ligeiro decréscimo na percentagem de experimentação, houve um aumento relevante na percentagem de consumidores atuais (últimos 30 dias) a partir

dos 15 anos, sendo ligeiramente superior nas raparigas. Quanto às drogas ilícitas houve um aumento da experimentação em todos os grupos etários. Especificamente em relação à canábis, a droga mais consumida, verificou-se um aumento a partir dos 15 anos, assim como das percentagens de consumidores recentes (últimos 12 meses), e dos consumidores atuais (últimos 30 dias) (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Outro problema que, nos últimos anos, se tem avolumado diz respeito ao consumo de medicamentos pelos adolescentes, designadamente de psicofármacos (antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos e estimulantes), onde houve um aumento global na percentagem de consumidores. Reportando-nos aos resultados do estudo anteriormente referido (ECADT), nos rapazes o aumento ocorreu nos grupos dos 14 aos 17 anos e entre as raparigas o aumento verificou-se em todas as idades com exceção para os 16 anos. Em todos os grupos etários, os estudantes que o fizeram com receita médica foram cerca do dobro dos que consumiram na ausência de receita (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Também é de referir o consumo de novas drogas sintéticas que funcionam como estimulantes cerebrais, e o aumento de medicamentos opiáceos (Relatório mundial sobre as drogas, 2011). Entre 2009 e 2013, houve um aumento de cerca de 50% destas novas substâncias psicoativas que, para além de estarem “na moda”, os jovens desconhecem os seus efeitos secundários e a maioria não as reconhece como perigosas (relatório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime em 2013).

Retomando os dados do HBSC, assiste-se a um aumento da perceção de sintomas físicos e psicológicos de mal-estar, em comparação com o estudo de 2010 associado ao aumento de comportamentos de bullying e ao aumento de comportamentos autolesivos. Foram as raparigas e os adolescentes mais novos que referiram terem-se magoado propositadamente mais vezes, sendo que em 2014, 20,3% já o fizeram pelo menos uma vez, números que aumentaram em relação aos dados de 2010 (15,6%).

Dado que os problemas de saúde tendem a complexificar-se no percurso da adolescência, estas situações devem ser motivo de grande preocupação para os profissionais de saúde e da educação, sugerindo que a saúde mental dos adolescentes deve ser um foco de atenção prioritária (Matos et al., 2015). Estas situações podem ser agravadas por problemas provocados pela recessão económica e consequentes problemas sociais, financeiros e psicológicos nas famílias, causados por exemplo pelas situações frequentes de desemprego dos pais.

Quanto às preocupações com o futuro são os jovens mais velhos que mais se preocupam. Mais de um quinto refere que fica preocupado várias vezes por mês (19,5%) ou por semana (19,4%). São as raparigas que referem sentir mais preocupações admitindo que estas interferem na sua vida, enquanto os rapazes e os adolescentes mais novos mencionam com maior frequência não pensar no assunto. (Matos et al., 2015).

Em relação ao apoio que as escolas podem ou não disponibilizar, mais de metade dos adolescentes (56%), com predominância das raparigas e dos adolescentes do 8º ano, refere que a escola tem um gabinete onde podem ir falar com um profissional de saúde, enquanto mais de um terço (34%) não sabe, e um em cada dez refere não haver. Percentagens idênticas observam-se em relação à existência de um gabinete onde se pode falar com um professor (Matos et al., 2015). No inquérito não existem questões relativas à utilização destes gabinetes pelos adolescentes, o que não permite saber se os utilizam e compreendem a sua utilidade.

Apesar das consequências que os problemas dos adolescentes têm na saúde dos adultos, salientam-se as suas necessidades de saúde específicas e as diferenças que existem na motivação e nas respostas cognitivas e emocionais à saúde e à doença em relação ao adulto.

Pelas razões apresentadas, advém a necessidade não só de intervir em idades precoces como adequar as intervenções aos problemas e condição de saúde, ao contexto e, particularmente, à compreensão da singularidade do adolescente a quem essas medidas se destinam. Para isso, é fundamental dar-lhes voz na identificação dos seus problemas, comportamentos potencialmente nocivos, e necessidades relacionadas com a saúde (Sawyer et al, 2012; Vinagre, 2007; WHO, 2014_a), aumentar a capacidade de autorregulação e a autonomia, assim como a capacidade para enfrentar as situações problemáticas estimulando o seu envolvimento ativo na procura de soluções para os problemas de saúde (Barros, 2007). Cabe, assim, às equipas de saúde orientar a sua intervenção para estes objetivos mais abrangentes no atendimento aos adolescentes e não para uma visão redutora focalizada apenas na doença e/ou na diminuição de comportamentos de risco específicos.

Assim sendo, mantém-se a necessidade de aumentar o investimento em serviços destinados à prevenção e ao despiste precoce de situações nefastas para a saúde e dar ênfase à promoção da saúde no jovem e ao investimento na formação dos profissionais na área da saúde, do desenvolvimento e do atendimento ao adolescente (Cook-Cottone, Grella & Smith, 2013; Kelly, 2007). O PNS apela a profissionais competentes na

comunicação, relação e educação, afirmando que o currículo dos profissionais de saúde deverá incluir avaliação de competências de comunicação pessoal e social, humanização de cuidados, relação com o utente/doente, bem como educação e promoção da saúde (DGS,2013_a; PNS, 2012-2016). Neste cenário da prevenção e da promoção da saúde deve privilegiar-se uma intervenção dirigida para a promoção de fatores de proteção no adolescente, contribuindo para o aumento da resiliência, sem esquecer as diferenças que existem nos comportamentos de saúde/risco em função da dimensão subjetiva e experiencial com a saúde, assim como da idade, género, nível socioeconómico e percursos de vida que devem ser equacionadas nos programas de intervenção (Currie et al., 2012; Simões, 2010).

Os serviços e os profissionais de saúde desempenham assim um papel “chave” na disponibilização de cuidados de saúde apropriados às mudanças e aos problemas que surgem nesta trajetória de desenvolvimento do adolescente, nos vários contextos, desde as escolas, aos centros de saúde, aos serviços específicos para adolescentes, às urgências e aos serviços de internamento nos hospitais.

Este conjunto de condições favorece a consecução de um dos objetivos do PNS (2012-2016) “Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida”, sendo que o lema para a etapa da adolescência/juventude, que consideram o período entre os 10 e os 24 anos, é designado como “juventude à procura de um futuro saudável” (p.5).

*“The World has not paid enough attention to the health of adolescents”
“we hope this report will focus high-level attention on the health needs of 10 to 19 year olds and serve as a springboard for accelerated action on adolescent health”*

(Flavia Bustreo, WHO, 2014)

CAPÍTULO 2

OS ADOLESCENTES E OS CUIDADOS DE SAÚDE

2.1. Cuidados de saúde “amigos” dos adolescentes: Das políticas às práticas

“Investing in research, policies, and programs to improve adolescent health is a key strategy to preserve gains in childhood health and ensure that girls and boys grow into healthy and productive men and women.”

(Kate Gilles, 2014)

As Políticas e os programas de saúde

A literatura é unânime, a nível nacional e internacional, em afirmar que investir na saúde dos adolescentes hoje significa investir em gerações futuras mais saudáveis e com níveis mais elevados de bem-estar, atingindo um maior desenvolvimento social e económico, obtendo uma redução nos gastos e uma maior sustentabilidade dos sistemas de saúde (Catallano et al., 2012; Patton et al., 2012; PNSIJ, 2013; WHO, 2014_b). Sem dúvida que, para além dos múltiplos fatores envolvidos nas questões da saúde, as políticas desempenham um papel primordial nos ganhos em saúde. São as políticas de saúde que, refletindo uma filosofia de cuidados, orientam os planos estratégicos que, por sua vez, se operacionalizam em programas direcionados para as realidades sociais e para os problemas de saúde mais evidentes na população.

As novas realidades sociais em que vivemos, fruto de transições sociodemográficas, de consecutivas mudanças económicas e políticas, e acelerados avanços científicos e tecnológicos, têm repercussões evidentes na natureza e qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente a grupos mais vulneráveis ou com necessidades específicas.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tende a transitar de uma visão hospitalocêntrica, centrada na doença e tendo como objeto o doente, para um sistema centrado nas pessoas e tendo por base a saúde, dando lugar aos cuidados prestados na comunidade, cabendo aos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) garantir a prestação de cuidados de saúde de primeira linha, (Crisp et al., 2014). Segundo o PNS (2012-2016, p.56) “a resposta isolada, fragmentada e puramente técnica do Sistema de Saúde na prevenção e controlo da doença será cada vez mais insuficiente”. Temos assistido assim a um desvio do enfoque na patologia para a resiliência, do défice para a competência/capacidade, da doença para a promoção e proteção da saúde, do papel

passivo dos destinatários dos cuidados para um sujeito ativo, responsável e participativo.

Crisp e colegas (2014) defendem uma mudança de paradigma, de um sistema paternalista de saúde para um sistema onde os cidadãos ocupam o lugar central, e propõem uma nova abordagem à promoção da saúde, centrada de forma decisiva na iniciativa dos cidadãos e da sociedade em geral. Um sistema centrado nas pessoas, onde a tomada de decisões e os cuidados devem ser partilhados, incluindo informação mútua para uma escolha conjunta onde é valorizado o significado atribuído pela pessoa à sua situação de saúde. A perspetiva salutogénica ganha expressão, assente no paradigma que Antonovsky (1992) constrói ao tentar responder à questão: porque tendem as pessoas a manter-se saudáveis apesar das condições adversas que ocorrem no seu ciclo de vida? Este foco na saúde e nos fatores por ela responsáveis ao invés da doença marca presença no PNS (2012-2016) que preconiza uma visão positiva da saúde e uma valorização da cultura da saúde e do bem-estar.

Preconiza-se que o sistema de saúde evolua para um sistema que seja cada vez mais direcionado para a promoção da saúde, mais centrado nas pessoas, com novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos e que tenha por base o trabalho em equipas multiprofissionais (Crisp et al., 2014; PNS 2012-2016).

Parece haver consenso internacional particularmente nas abordagens em saúde do adolescente que se defendem cada vez mais compreensivas e integrativas (Mulye et al., 2009; WHO, 2014_a Saywer e Patton, 2015). Existe uma maior compreensão das mudanças físicas, emocionais e cognitivas que têm lugar na adolescência, as suas consequências no comportamento e as suas implicações nas políticas e nos programas. Já não se justifica perpetuar o mito de que a base da evidência é escassa, motivo pelo qual não se sabe o que fazer. Também existem outros mitos que dificultam uma intervenção atempada nos adolescentes, a ideia de que como são saudáveis não precisam de muita atenção, ou a de que os únicos problemas reais com que se defrontam estão relacionados com a saúde sexual e reprodutiva (Dick & Ferguson, 2015; WHO, 2014_a). Este pressuposto de que estamos em presença de um grupo populacional saudável não tem sido vantajoso para a implementação de políticas adequadas (International Association for Adolescent Health – IAAH, 2015).

A World Health Organization defende que as políticas têm um papel chave na proteção da saúde dos adolescentes (WHO, 2014_a). É importante garantir que os

adolescentes têm conhecimentos, competências e condições de acesso aos serviços de saúde, que os pais e as escolas têm o suporte necessário à promoção da saúde. As políticas e as leis facilitam e requerem intervenções para evitar a exposição ao perigo, como por exemplo reduzir as lesões causadas por acidentes de viação e o consumo de substâncias psicoativas. É importante respeitar os convênios internacionais que reconhecem aos adolescentes o direito de usufruírem da melhor saúde possível, como é ressaltado no artigo 24º da Convenção dos direitos da criança (ratificada por Portugal em 1990).

As políticas devem ter em conta os problemas específicos dos adolescentes numa visão desenvolvimentista, por exemplo a necessidade do acesso à informação adequada e a serviços que garantam a confidencialidade, entre outras condições apropriadas, tendo em conta as suas ideias e o que influencia os seus comportamentos (Blum e Dick, 2013).

Mas, por outro lado, são também necessárias políticas mais abrangentes e multifocais (IAAH, 2015; Ott, Rosenberger, McBride & Woodcox, 2011; Sawyer et al, 2012; WHO, 2014_a). Os programas de saúde direcionados aos adolescentes não podem concentrar-se demasiado em áreas como a saúde sexual e reprodutiva e sem associação aos contextos, mas sim responder a um leque mais amplo de problemas e de comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes e com os seus contextos de vida (IAAH, 2015).

As políticas de saúde nacionais já há alguns anos que preconizam programas de saúde centrados no cidadão, atribuindo-lhes um papel ativo no seu projeto de saúde e, recentemente tem-se acentuado a importância da sua participação nas políticas promovendo a cidadania ativa a favor de uma cultura de bem-estar (DGS, 2013_a; PNS 2012-2016). Também começou a ser notória essa preocupação nos programas nacionais dirigidos aos jovens (DGS, 2013_b; PNSIJ, 2013) de quem se espera autonomia, capacidade, responsabilidade e vontade para participar ativamente nas questões da saúde que lhes dizem respeito. Ou seja, o centro é o cidadão participante, no caso concreto o jovem, que se move entre os eixos estratégicos que incluem a cidadania em saúde, a qualidade em saúde e a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, assente em políticas saudáveis promotoras de uma visão positiva da saúde, com obtenção de mais valor e mais ganhos em saúde.

Esta configuração do exercício ativo e participado da cidadania remete para o conceito de literacia em saúde, que pode ser definida como “a medida em que os

indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde apropriadas” (Selden et al., 2000, citado por Loureiro, Rodrigues, Santos & Oliveira, 2014, p.13).

A literacia em saúde tem impacto nos resultados em saúde, quer no acesso e utilização dos serviços de saúde, quer na relação interpessoal entre profissional e utente/adolescente, e ainda na utilização que o utente/adolescente faz das suas competências em termos do autocuidado, salvaguardando o seu nível de desenvolvimento.

Ora, neste processo estão envolvidos desde fatores de ordem pessoal como os conhecimentos, as crenças de autoeficácia e a perceção de barreiras, assim como a motivação e a capacidade para tomar decisões, a fatores de ordem extrínseca onde se incluem os respeitantes aos profissionais de saúde como as suas capacidades de comunicação e competências relacionais, as atitudes e o tempo disponível, até aos fatores ligados aos serviços de saúde como a organização dos cuidados, os recursos materiais, tecnologias de suporte particularmente de informação, até aos fatores relativos ao próprio sistema e às políticas de saúde (Paasche-Orlow & Wolf, 2007, citado por Loureiro et al., 2014).

Há um crescente reconhecimento de que a satisfação das necessidades específicas dos jovens precisa ser um componente fundamental das agendas nacionais de saúde pública (DH, 2011; PNSJ, 2013), reafirmando-se o foco na adolescência (Sawyer et al, 2012).

Segundo a WHO (2014_a), nos documentos observados sobre política de saúde, em 109 países, 84% faziam referência aos adolescentes. Em 3/4 desses documentos, a atenção centra-se na saúde sexual e reprodutiva (incluindo HIV/SIDA), e aproximadamente 1/3 aborda o consumo de tabaco e álcool entre os adolescentes e 1/4 aborda a saúde mental. Também o facto de serem frequentemente dirigidas a um comportamento de risco específico sem associação ao contexto, como por exemplo a educação sexual, tem um sucesso limitado. Este insucesso também pode estar relacionado com o facto de os programas não integrarem as ideias dos adolescentes nomeadamente sobre saúde (Ott et al., 2011). Os adolescentes precisam de ser envolvidos nas decisões para ser garantida a pertinência das intervenções. Colaborarem na identificação dos seus problemas e das soluções mais adequadas, assegurando que os programas e as políticas vão ao encontro das suas necessidades. Para isso é importante ouvi-los, mas também salvaguardar a sua participação no planeamento, implementação,

monitorização e avaliação dos serviços de saúde. Esta participação tem de ser concordante com o seu desenvolvimento. Os adolescentes são atores nas mudanças sociais e não simplesmente os beneficiários dos programas, e podem ser importantes agentes não só nas mudanças individuais como no desenvolvimento das comunidades. Reforça-se também a necessidade do sistema de saúde ser universalmente gratuito para os adolescentes. (Sawyer et al., 2012; WHO, 2014_a).

Assim sendo, vários desafios se colocam: a mudança do papel do cidadão exige, por sua vez, aos profissionais mais e melhor formação cabendo-lhe agora não o papel de decisor sobre a saúde do outro, mas o de ajudar nas suas escolhas e na tomada de decisão que se pretende responsável e informada. A nível institucional disponibilizar cuidados adequados às necessidades e prioridades do cidadão, (sem lhes criar necessidades), acessíveis a todos e sustentados por políticas que advoguem a qualidade e o valor da saúde.

A Qualidade de Cuidados em Saúde

Retomando os eixos estratégicos do atual PNS (2012-2016), a “Qualidade em Saúde” é, como já referimos, um desses quatro eixos. Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma preocupação a nível nacional e internacional.

O conceito de Qualidade de Cuidados de Saúde (QCS) remonta aos anos 90. O Instituto de Medicina (IoM³) definiu-a como o grau em que os serviços de saúde destinados aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados e consistentes com o conhecimento profissional atualizado (IoM, 1990).

Para este Instituto, uma elevada qualidade de cuidados inclui seis domínios específicos: cuidados seguros, prevenindo acidentes e diminuindo erros médicos; cuidados efetivos, fornecendo serviços com base em conhecimento científico e orientações clínicas; cuidados centrados no paciente, respeitando e respondendo às necessidades do indivíduo; cuidados eficientes, evitando o tempo de espera entre outros recursos; cuidados oportunos/atempados, reduzindo o tempo de espera cujo atendimento responde ao fluxo da prática; e cuidados equitativos, consistentes com as características sociodemográficas do paciente/cliente (IoM, 2001).

³ “the degree to which health care services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge” (IoM, 1990)

Para além de estes seis domínios que integram este construto, há uma segunda grande dimensão no quadro da qualidade que diz respeito à perspetiva do cliente/consumidor com base nas necessidades de procura dos Cuidados de Saúde (CdS) e inclui quatro domínios. Ou seja, os clientes/doentes procuram o sistema de cuidados de saúde essencialmente por quatro razões: Para permanecer/continuar saudável (cuidados preventivos como rastreio, aconselhamento para evitar comportamentos de risco e intervenções para prevenir a doença); para melhorar quando está doente ou teve um acidente (situações de doença aguda); para gerir uma doença prolongada ou uma condição crónica (gestão e adaptação à doença crónica); e para cuidados no fim de vida (gestão das necessidades do doente e família relacionadas com a doença terminal).

As crianças e os adolescentes têm necessidades diferentes dos adultos, o que influencia a forma de avaliar a qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados, exigindo o desenvolvimento de medidas de avaliação da QCS relativamente diferentes atendendo às especificidades do seu desenvolvimento e ao seu grau de dependência (Beal, et al., 2004; AAP, 2008_a; 2008_b). Assim, são fundamentais as informações fornecidas pelas crianças, adolescentes e famílias acerca da qualidade dos cuidados clínicos. As suas experiências e seu envolvimento num trabalho de parceria com os profissionais são essenciais no atingir de melhores resultados.

Enquanto as crianças dependem dos pais para o acesso aos cuidados de saúde, os adolescentes podem assumir essa responsabilidade, pelo que a confidencialidade é fundamental quer em relação às informações que o adolescente fornece, quer no aconselhamento que recebe. A acessibilidade, a qualidade da relação e a comunicação entre o profissional e o adolescente e o assegurar a confidencialidade são atributos fundamentais da QCS aos adolescentes (AAP, 2008_a).

Segundo a American Academy of Pediatrics deve apostar-se na promoção do desenvolvimento saudável e na prevenção. Aconselham também a que as medidas de avaliação da QCS sejam adequadas ao contexto onde vão ser utilizadas (e.g., cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares) e recomendam o foco na melhoria da QCS, no suporte da relação médico/paciente ou cliente e em orientações clínicas baseadas na evidência (AAP, 2008_b).

Existem vários modelos utilizados na avaliação da QCS, mas um dos que é bastante usado é o modelo de Donabedian (1966, 1980) que assenta na trilogia “estrutura, processos e resultados”.

A estrutura refere-se às características do contexto/ambiente onde se disponibilizam os cuidados de saúde, incluindo a adequação das instalações, organização e funcionamento dos serviços, recursos materiais e recursos humanos que suportam e orientam a prestação de cuidados. Inclui o domínio das características físicas e de organização e o das características da equipa de profissionais.

O processo refere-se às atividades relacionadas com a utilização dos recursos, envolve as interações entre o profissional e o utilizador no “dar e no receber” os cuidados de saúde, como exemplo, o encontro entre o profissional e o adolescente. Têm sido frequentemente identificados dois elementos chave, as intervenções técnicas e as relações interpessoais que incluem as competências de comunicação, a capacidade de estabelecer uma relação de confiança, a compreensão e empatia, o respeito pela confidencialidade, entre outras qualidades relacionais do profissional de saúde (Campbell, Roland & Buetow, 2000).

Os resultados referem-se à satisfação do “utilizador/paciente”, por exemplo do adolescente, com os cuidados de saúde que obteve e às alterações no seu estado ou situação de saúde como consequência dos cuidados que recebeu. A satisfação dos utilizadores, adolescentes, está diretamente relacionada com as suas expetativas, necessidades e experiências com os cuidados de saúde e é uma componente central na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde na perspetiva do utilizador (Ferreira e Lourenço 2003), neste caso do adolescente.

Uma elevada qualidade dos cuidados resulta quando estes três elementos, cada um dos quais deverá ser adequado e funcional, têm uma relação coesa. Teoricamente boas estruturas aumentam a probabilidade de ocorrerem bons processos, os quais por sua vez aumentam a probabilidade de se obterem bons resultados (Donabedian, 1966, 1980).

Um dos requisitos para os cuidados de saúde serem considerados de qualidade é serem centrados no paciente.

Os Cuidados Centrados no paciente/Adolescente

Os cuidados centrados no paciente, ou cuidados centrados na pessoa ou centrados no cliente (Morgan & Yoder, 2012), e neste caso os Cuidados Centrados no Adolescente, podem ser definidos como “os cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores do paciente/adolescente, e que asseguram que os

valores do paciente/adolescente orientam todas as decisões clínicas" (IoM, 2001; Stewart et al., 2000⁴). Estes estão habitualmente associados a melhores resultados clínicos, eficiência e satisfação do paciente (Rathert, D.Wyrwich & Boren, 2013), adesão a tratamentos e recomendações, diminuição da perturbação emocional e ao aumento da satisfação profissional (Stewart et al. 2000), tendo-se tornado uma prioridade em vários países.

Esta filosofia de cuidados implica a compreensão da situação na perspetiva “do cliente” e não se limita unicamente à visão do profissional. Valoriza as ideias e expectativas do cliente sobre os cuidados e integra-as no processo de tomada de decisão (Jacobson, Matthews, Robling e Donovan, 1998), e aceita-se que “a good outcome must be defined in terms of what is meaningful and valuable to the individual patient” (Epstein & Street, 2011, p.100).

O desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa implica um processo que requer um compromisso sustentado por parte das organizações de cuidados de saúde facilitador do desenvolvimento de uma cultura organizacional que o permita manter (McCormack, Dewing & McCance, 2011).

A investigação sobre os resultados dos cuidados centrados no paciente tem reforçado “a sua voz” resultando em vários instrumentos e indicadores para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde a partir da perspetiva do paciente (Hargreaves, 2014).

O mesmo tem acontecido com os adolescentes, nos anos mais recentes, onde se começou a valorizar a “sua palavra” nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de saúde. Trata-se de um grupo particular que beneficia bastante desta abordagem, face à sua condição de desenvolvimento, onde um espaço com alguém que o compreenda, respeite a sua unicidade e responda às suas necessidades de acordo com o que é significativo e valorizado pelo próprio, partilhando a responsabilidade das opções tomadas é sem dúvida um espaço que, para além de ser protetor, é promotor de autonomia e responsabilidade.

A relevância atribuída às opiniões dos jovens traduz-se nas diretrizes e padrões indicativos da qualidade de cuidados. Contudo são muito escassas as avaliações dos serviços feitas por adolescentes, com indicadores que permitam comparar serviços e monitorizar processos.

⁴ *Patient-centered care – defined as “providing care that is respectful of, and responsive to, individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions”* (IoM, 2001; Stewart et al, 2000)

Esta perspectiva de cuidados centrados no adolescente, subjacente à qualidade de cuidados, constitui-se como alicerce aos cuidados de saúde “amigos” dos adolescentes (Hargreaves, 2014). Existem orientações recentes que definem os padrões de qualidade, como o “You’re welcome Quality Criteria”, para os serviços amigos dos adolescentes em Inglaterra, construídos com base nas orientações anteriores da WHO (2002).

Os Serviços de Saúde “Amigos” dos Adolescentes

Os cuidados de saúde só são “amigos” dos adolescentes quando, uma vez sustentados por políticas de saúde juvenil adequadas, cumprem os requisitos de qualidade, e por isso são centrados nos adolescentes, e são disponibilizados em serviços com características igualmente apropriadas aos jovens, ou seja, os designados “*Adolescent Friendly Health Services*” (AFHS).

Esta designação remonta ao ano 2000 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu início a um trabalho de consulta aos vários países sobre quais deveriam ser as características dos serviços de atendimento ao adolescente, tendo como referência uma resposta à saúde global do adolescente, o que deu origem ao primeiro relatório, em 2002, com a designação acima mencionada (WHO, 2002). Este documento ainda hoje é uma referência nesta área, e esteve na base de todos os que foram publicados posteriormente (e.g., WHO, 2012).

Embora com alterações e algumas propostas adaptadas aos adolescentes da atualidade e aos novos contextos sociais, os relatórios e a literatura recentemente produzida neste âmbito mantêm os princípios que estiveram na origem deste primeiro relatório (WHO, 2002). Alicerçados em padrões considerados de qualidade para os adolescentes, os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes pretendem-se acessíveis, onde a oferta de serviços seja em locais e horários de fácil acesso aos adolescentes; aceitáveis no sentido de oferecer cuidados que respondam às expectativas dos adolescentes de forma a motivar a sua procura; que respeitem a equidade, na medida em que exista igualdade no acesso para todos os adolescentes; sejam apropriados na medida em que disponibilizam os serviços adequados às necessidades dos adolescentes; e efetivos devendo disponibilizar-se os serviços adequados no momento “certo” e da forma “correta”, contribuindo para a saúde do adolescente, que inclui a necessidade de profissionais competentes e motivados para o fazerem (idem, 2002).

São estes os principais critérios definidos pela WHO para os Serviços de Saúde “Amigos” dos Adolescentes que se cruzam com as orientações fundamentais na perspetiva da QCS.

Estes primeiros documentos (WHO, 2002) salientam a necessidade de competências técnicas, relacionais, treino e suporte por parte dos profissionais, onde se incluem um bom conhecimento acerca do desenvolvimento do adolescente para além das competências de diagnóstico. A competência técnica associada a uma atitude afável sem julgamento e compreensiva face às ideias e crenças do adolescente sem que a visão do profissional domine o espaço de interação. Apela também à necessidade de formação e treino do “staff” dos serviços, incluindo os rececionistas por serem quem tem muitas vezes o primeiro contacto com os adolescentes. Quanto às condições físicas dos serviços são de valorizar a higiene e limpeza, decoração adequada e literatura disponível adequada à idade. O local deve ter bons transportes, os horários serem alargados, serviços a custos mínimos e sempre que possível em espaço específico e/ou discreto, devendo evitar-se os tempos e filas de espera em conjunto com pessoas de outras idades.

Enfatizam a necessidade fundamental de privacidade e confidencialidade. Os adolescentes têm de ter privacidade durante a consulta e devem sentir confiança quer no que se passa na consulta, quer nos registos que os profissionais fazem, bem como nas atitudes inerentes à não divulgação da informação, mas sendo importante comunicá-lhes as condições e restrições à confidencialidade. É importante que estes serviços estejam integrados nas comunidades onde estão inseridos. Para que atinjam elevada qualidade carecem da implicação dos adolescentes nomeadamente no seu planeamento e monitorização (WHO, 2002, 2009). O facto de os adolescentes “serem ouvidos” contribui para aumentar o seu envolvimento e a confiança dos jovens nos serviços de saúde (National Children’s Bureau (NCB), 2012; WHO, 2012). Num estudo realizado recentemente em oito países europeus “o ser ouvido” foi classificada, entre outras alternativas, como a principal prioridade nos cuidados de saúde, quer por crianças quer por adolescentes (Bensted et al., 2014). O direito de serem ouvidos e de participarem nas decisões sobre os cuidados de saúde está consagrado na Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança (UNICEF, 1989).

Algumas organizações e associações têm vindo a desenvolver e a complementar estes critérios sobretudo com o objetivo de os adaptarem às realidades e necessidades particulares dos seus países no sentido de oferecerem melhores cuidados aos

adolescentes em diferentes contextos de cuidados (eg. AAP_a, 2008; DH, 2011; IAAH, 2015; NRCIM, 2009; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010; Ministério da Saúde - PNSIJ, 2013; Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, sd); WHO, 2015). Uma vez que “there is no single ‘fixed menu’ suitable for every country. Each country must develop its own package, according to economic, epidemiological and social circumstances” (WHO, 2002, p.20).

Na Europa salientam-se os trabalhos do Departamento da Saúde Inglês (DH, 2011) que, em 2007, publicou um documento sobre critérios de qualidade para os serviços de saúde “amigos” dos jovens, intitulado “You’re welcome criteria and future developments in adolescent health care” destinado a cuidados de saúde na comunidade. Este foi revisto em 2009 para poder ser aplicado a todos os serviços de saúde destinados a jovens, incluindo os serviços de situações agudas e de especialidades em contexto hospitalar.

Novamente reformulados em 2011 “*You’re Welcome Criteria*”, por profissionais e também por jovens, estes critérios cobrem agora dez áreas: Acessibilidade, assegurando a identificação das barreiras para as eliminar; Publicidade no sentido da divulgação da oferta e local dos serviços, profissionais disponíveis, entre outras condições; Confidencialidade e consentimento informado, assegurando e informando dos seus limites; Ambiente, referindo-se às condições físicas assim como às atitudes e comportamentos da equipa de saúde e o seu contributo no assegurar da confidencialidade; Formação, competências, atitudes e valores do “staff”, incluindo a formação apropriada com supervisão, competências comunicacionais, experiência, assim como os possíveis estereótipos dos profissionais em relação aos adolescentes; Coordenação e continuidade dos cuidados respeitante à comunicação oral e escrita interprofissional e entre diferentes serviços e/ou organizações de saúde; Envolvimento dos jovens na avaliação e monitorização, funcionando como consultores; Questões de saúde e de transição de desenvolvimento, como por exemplo consultas de cessação tabágica, saúde sexual e reprodutiva, necessidades de natureza emocional e de saúde mental, considerando necessária uma abordagem holística incluindo os contextos familiar e escolar. Ainda duas áreas específicas para atender a questões e problemas de saúde mais frequentes neste grupo etário, a referir, disponibilidade de serviços especializados em saúde mental e saúde sexual e reprodutiva (DH, 2011; Hargreaves, 2011).

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, sd) também publicou o

que considera serem os requisitos necessários para o atendimento ao adolescente. Refere-se ao respeito pelos direitos da criança/adolescente, a uma resposta integrada, acessível e adequada em ambiente próprio, sendo garantida a privacidade e a confidencialidade e promovida a autonomia do adolescente fazendo apelo à gratuidade dos serviços. Abordam as competências específicas (técnicas e relacionais) necessárias aos profissionais que estão no atendimento ao adolescente e a alguns aspetos práticos desse atendimento. Princípios defendidos igualmente pelo PNSIJ (2013) e que confluem com os princípios éticos defendidos pela OE (2010) no atendimento ao adolescente. Como sejam, o respeito pela autonomia tendo em conta a idade e fase de desenvolvimento do adolescente, envolvendo-o no processo de decisão e de consentimento, a privacidade, confidencialidade e sigilo com a salvaguarda de algumas situações. Estas entidades reforçam a importância da abordagem do adolescente em situação de entrevista, propondo guias orientadores para a sua realização (OE, 2010; PNSIJ, 2013).

Nos últimos anos, têm aumentado as questões da necessidade de formação sobretudo pós-graduada e/ou profissional, dos profissionais que trabalham com adolescentes particularmente de médicos e enfermeiros.

A nível internacional, a formação académica e profissional, na área da saúde e do desenvolvimento do adolescente preconiza-se absolutamente necessária aos profissionais de saúde que trabalham com adolescentes e jovens (Ambresin Michaud & Haller, 2014; Hargreaves, 2011; NCB, 2012; Sawyer & Patton, 2015; WHO, 2012, 2015) e reconhece-se que a evidência tem aumentado no sentido de que a formação em medicina do adolescente melhora o desempenho clínico dos profissionais de saúde (Sanci et al., 2005; Ambresin, Bennett, Patton, Sanci & Sawyer, 2013). Novas evidências contribuem para a mudança nas práticas (Bustreo & Chestnov, 2013).

No entanto, o paradoxo existe: os profissionais de saúde referem grande interesse no desenvolvimento de competências para melhorarem as práticas com os adolescentes, mas as suas necessidades de formação permanecem sem serem satisfeitas (WHO, 2014_b; 2015).

Em Portugal, temos o caso recente do alargamento da idade de atendimento nos serviços de pediatria, urgência, consultas e serviços de internamento, agora até aos 17 anos e 364 dias (anteriormente até aos 14 anos e 364 dias), desde a entrada em vigor do Despacho nº 987/2010, de 11 de junho. Este acontecimento, bastante importante para os adolescentes, que até aqui eram atendidos nos serviços de adultos, veio criar problemas

nas organizações, pela necessidade de adequação dos espaços às necessidades e características deste grupo etário, e nos profissionais pelas necessidades verbalizadas de formação e de aquisição de competências em atendimento ao adolescente (Senhorães, 2014; Serrão, 2014).

São os profissionais de saúde, por meio das suas práticas, que “dão corpo” no terreno e nos encontros com os adolescentes, aos cuidados “verdadeiramente amigos” dos adolescentes. Não chegam políticas, conjuntos de orientações, critérios de qualidade, serviços apropriados, se os atores, não assumirem um papel facilitador de experiências de encontro positivas e gratificantes com os adolescentes.

Estudos atuais que reforçam e sustentam a pertinência do estudo

As ideias que estiveram na base da investigação que se apresenta, subsidiadas pela revisão da literatura no momento do seu desenho e planeamento, têm sido ao longo do seu percurso de execução bastante reforçadas pelo aparecimento de vários estudos de grupos de investigadores da Austrália e Suíça (Ambresin, et al., 2013; Haller et al., 2012; Sawyer, Ambresin, Bennett & Patton, 2014) bem como do Reino Unido (Hargreaves, BChir, Sizmur & Viner, 2012; Hargreaves, McDonagh & Viner, 2014; Hargreaves & Viner, 2012). Nos últimos três a quatro anos, estes autores têm vindo progressivamente a desenvolver trabalhos a partir das ideias, e opiniões dos adolescentes sobre os cuidados de saúde, em diferentes contextos (CSP e Serviços Hospitalares), que têm trazido importantes contributos na área dos cuidados de saúde ao adolescente, designadamente na construção de instrumentos dirigidos aos adolescentes/jovens para avaliação dos considerados Cuidados e/ou Serviços de Saúde Amigos dos Adolescentes⁵.

O acompanhamento que temos feito do trabalho destes investigadores deu origem à construção de um esquema, no qual se pretende articular os conceitos que se têm vindo a apresentar, muito dispersos na literatura da área, que se representa na Figura 1, e que subsidia a pertinência do presente estudo.

⁵ Cuidados de Saúde Amigos dos Adolescentes (CSA), designação utilizada mais recentemente “*Adolescent Friendly Healthcare*”, dado que é um construto mais abrangente, global e agregador e que, por sua vez, inclui os Serviços Amigos dos Adolescentes “*Adolescent Friendly Health Services*” no conjunto das componentes que agrega.

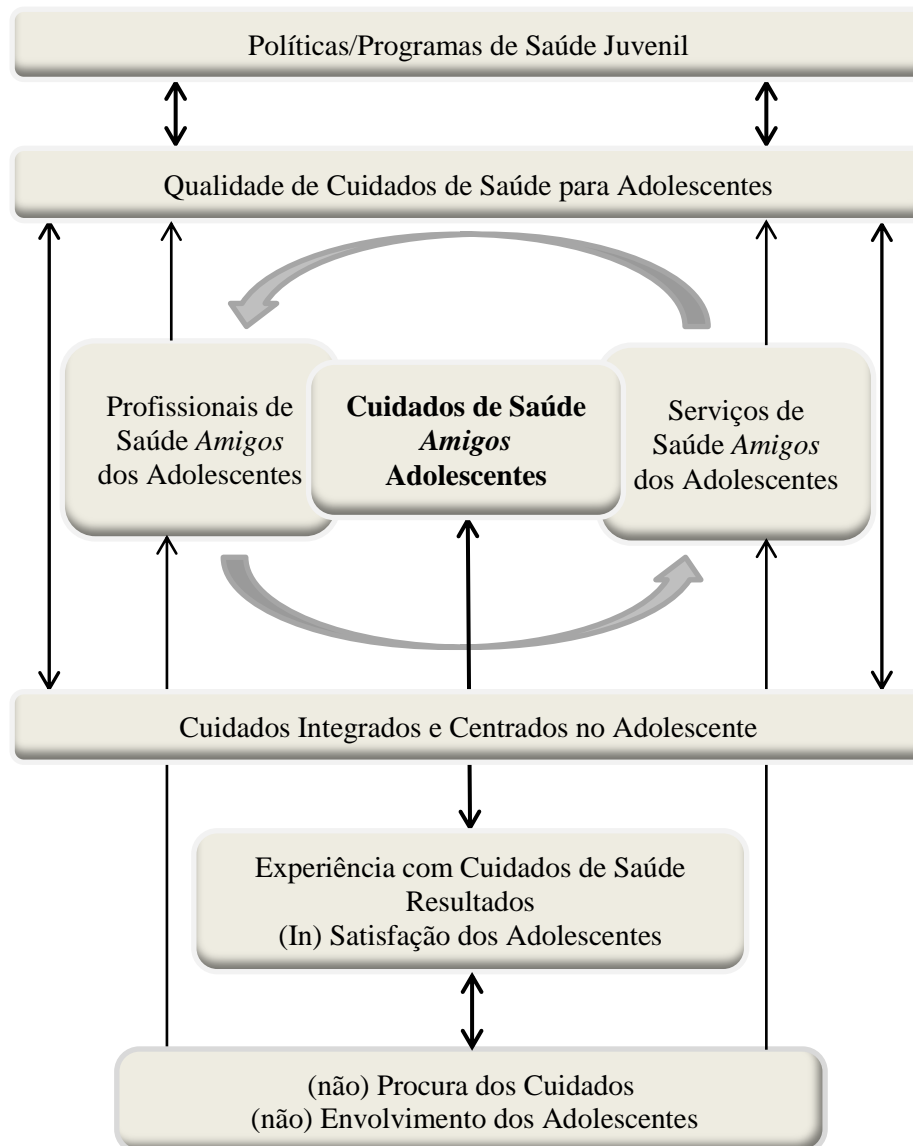


Figura 1. Esquema ilustrativo das componentes dos Cuidados de Saúde “Amigos” dos Adolescentes e sua articulação: Da intervenção à procura de cuidados de saúde (construção da autora)

Estas são as componentes ou domínios fundamentais que, na dinâmica de um conjunto de interações focadas na compreensão e satisfação do adolescente, contribuem para os resultados que as metas definidas pelos programas e pelas políticas se propõem atingir (Figura 1). Resultados que, no âmbito desta investigação, estão diretamente relacionados com as experiências dos adolescentes, com os serviços e os profissionais de saúde e que para serem atingidos, com a eficiência e eficácia desejadas, pressupõem a satisfação das necessidades e preferências do adolescente em relação à saúde. A satisfação do adolescente que advém das suas expectativas, do significado que atribui e da avaliação subjetiva que faz do conjunto das suas experiências, é um importante

determinante da procura dos cuidados de saúde e do envolvimento do adolescente no seu projeto de saúde e no contributo para a mudança das práticas e inovação das políticas de saúde.

Em síntese, digamos que os Cuidados de Saúde “Amigos” dos Adolescentes, sustentados pelo paradigma dos cuidados centrados no adolescente, incluem os indicadores de qualidade que advêm das orientações das organizações, sistemas e políticas de saúde e que, à partida, são garantidos pelos profissionais nos serviços de saúde. Quando experienciados pelos adolescentes esperam-se resultados que conduzam à sua satisfação. Todavia as práticas dos profissionais têm de ser informadas pela evidência dos resultados que dependem assim, em grande parte, da opinião dos adolescentes que são o alvo dos cuidados. Eles são assim os informantes privilegiados em todo este processo. Informam das práticas dos profissionais e dos serviços de saúde, à própria QCS, bem como das políticas e programas que a eles se dirigem.

Daí a necessidade de dar voz aos adolescentes. Por via das suas ideias, necessidades, preocupações e preferências em relação à saúde, bem como por via da avaliação subjetiva das suas experiências com os serviços e com os encontros com os profissionais de saúde, poderão informar das mudanças a efetuar quer nas práticas dos profissionais de saúde, quer nas condições dos serviços. É notória a necessidade do contributo dos jovens, através de uma intervenção cada vez mais responsável, nas políticas de saúde juvenil. Pretendem-se adolescentes como participantes ativos nas comunidades onde vivem, no exercício da sua cidadania, bem como participantes na investigação, no sentido de serem atores neste palco dos Cuidados de Saúde que se pretendem cada vez mais próximos, dirigidos e apropriados, e por isso “Amigos dos Adolescentes”.

A realidade parece não ter contribuído ainda para esta participação ativa dos adolescentes na saúde, tanto quanto desejável e preconizado na produção escrita.

“...em Portugal não existe falta de políticas... apenas falta de implementação”

(Barros, Machado & Simões, 2011)

2.2. O (des)encontro dos adolescentes com os cuidados de saúde

Como diz o João “*estas consultas servem para ajudar a ver como é que estamos a crescer tanto por fora como por dentro!*” (citado por Fonseca, 2012, p.110)

*“Ninguém nos ouve”; “Não ouvem as nossas ideias”,
“Consideram-nos crianças, não temos idade” “...nada vai mudar”*

[Adolescente, 15 anos (grupo focal)]

A relação dos jovens com os serviços de saúde é, na perspetiva dos profissionais de saúde, frequentemente “fugidia” na procura de uma resposta imediata para o problema urgente ou emergente (DGS, 2005_a, Fonseca, 2012; Prazeres, 1998; Weiss, D’Angelo & Rucker, 2014). Habitualmente recorrem aos serviços de saúde para realização de um exame físico, por doença aguda ou por situação de acidente (Booth et al., 2008; Paperny, 2011).

Como afirma Fonseca, é frequente os adolescentes não se lembrarem da última vez que recorreram a uma consulta médica programada. Utilizando as suas palavras “o adolescente é tradicionalmente órfão de cuidados médicos” (Fonseca, 2012, p.107).

Também a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA) reforça que os adolescentes são os que “menos procuram os cuidados de saúde” e que, por isso, “todos os fatores que funcionem como obstáculos devem ser combatidos”, defendendo a isenção das taxas moderadoras para os jovens com idades inferiores a 18 anos, como forma de facilitar a procura dos centros de saúde pelos jovens (CNSMCA, 2012; OE, 2010).

Verifica-se assim que os adolescentes portugueses recorrem pouco aos serviços de saúde e menos do que seria desejável (Carvalho, Sá, Preto, Ferreira & Gaspar, 2013; Tavares & Fonseca, 2009), particularmente em situações de vigilância e proteção da saúde (Machado, Alves & Couceiro, 2011; DGS, 2006; INE – INSA, 2009; ARSLVT, 2013), o que também ocorre em outros países, sendo o grupo etário que menos procura estes serviços, o que tem motivado o estudo deste problema a nível internacional. (e.g., AAP, 2008_a; Booth, et al., 2008; Coker et al., 2010; Ma, Wang & Stafford, 2005; Marcell & Halpern-Felsher, 2005, 2007; NRCIM, 2009; Nordin, Solberg, & Parker, 2010; Schaeuble et al., 2010; Weiss, D’Angelo & Rucker, 2014, Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Fink, 2009; Wilson & Deane, 2001).

A literatura evidencia bem, como já se salientou, que a adolescência é um período de desenvolvimento de grande vulnerabilidade, onde a prevalência de

comportamentos de risco é elevada e onde se instalam hábitos de saúde e padrões de utilização dos cuidados de saúde que influenciam a saúde e a qualidade de vida futura e que tendem a manter-se na idade adulta (Fonseca, 2012; Simões, 2010; NRCIM, 2009; Nordin, et al., 2010; Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), 2003; Sawyer, et al, 2012; Vinagre & Lima, 2006; Vingilis, Wade & Seeley (2007).

Neste sentido, o encontro com o profissional, seja em consulta de vigilância de saúde, ou em situação de doença aguda ou crónica, é uma oportunidade privilegiada de prevenção e deteção precoce dos riscos a nível biomédico, socio-emocional e comportamental, apresentando-se como um momento primordial ao esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências, aconselhamento e à promoção de escolhas saudáveis, bem como à intervenção e orientação do adolescente em situações problemáticas (AAP, 2008_b; DGS, 2013_b; Carvalho et al., 2013; Fonseca, 2005; Neto, Bombas, Arriaga, Almeida & Moleiro, 2014; OE, 2010; Ozer et al., 2011; PNSIJ, 2013; Ribeiro e Rosendo, 2011; Tavares & Fonseca, 2009). Já nos anos 90 se defendia que o estabelecer relações com o sistema de cuidados de saúde durante a fase da adolescência era substancialmente importante, não só para apoio e suporte necessário e atempado à adoção de comportamentos saudáveis como para intervir face aos de maior risco (Zimmer-Gembeck, Alexander & Nystrom, 1997).

Segundo a American Medical Association (AMA) as orientações para os “Adolescent Preventives Services” preconizam uma consulta de vigilância de saúde anual entre os 11 e os 21 anos de idade.

Alguns estudos evidenciam a influência positiva das consultas de saúde programadas e da intervenção dos médicos de família nos comportamentos de saúde dos jovens (eg. Klein, 2003; Walker & Townsend, 1999).

Seria benéfico que, face à frequência dos problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes, se reforçassem as consultas de psicologia permitindo o rastreio e o acompanhamento de situações do foro da saúde psicológica e emocional que ainda são largamente negligenciadas (O’Donohue, Benuto, Tolle, Payne & Davis, 2013). Para os autores, as dificuldades na regulação emocional e a fragilidade ou défice de competências sociais emergem como contributos primários dos problemas psicológicos e de comportamento, nomeadamente ansiedade, depressão, comportamentos autolesivos e violência na adolescência, que podem ser prevenidos (idem 2013).

Defende-se assim a regularidade das consultas de vigilância de saúde no adolescente enquanto experiências de encontro positivas entre adolescente-profissional,

uma vez que esta condição aumenta a probabilidade de procura de ajuda dos profissionais no futuro (Freake et al., 2007). Realça-se a importância de os adolescentes terem um acompanhamento continuado e não apenas a condição de resolução de um problema de saúde pontual com profissionais diferentes e pouco disponíveis, frequentemente focalizados no sintoma manifesto, e com limitações à garantia da privacidade, por condições do próprio espaço físico, como é o caso do atendimento em serviços de urgência (Fonseca, 2012). Para a autora a urgência é, realmente, o pior local para “ver” os adolescentes, apontando o anonimato como a única eventual vantagem e que, tão frequentemente, o adolescente procura.

Num estudo sobre serviços de saúde destinados a crianças na Europa Ocidental, com a participação de 15 países incluindo Portugal, salienta-se a importância do tipo de serviço de saúde a que as crianças e adolescentes recorrem primeiro, uma vez que entre cerca de 17 a 57% dos pacientes atendidos nos serviços de urgência tinham problemas considerados como situações não urgentes e que poderiam ser atendidos nos cuidados de saúde primários (wolfe et al, 2013).

Destaca-se a importância dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) enquanto primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação, com articulação entre os vários programas, como de saúde escolar, e com outras equipas como as de saúde mental da infância e da adolescência, potenciando um trabalho integrado, coeso, continuado e mais eficiente, (PNSIJ, 2013; PNSE, 2014).

Independentemente da razão pela qual o adolescente ou o jovem procura o serviço de saúde, cada visita representa uma ótima oportunidade para o profissional, em parceria com o adolescente, identificar, refletir e apoiar na resolução de outros problemas, por vezes diferentes do motivo principal que o levou à consulta, potenciando a ligação do adolescente com os cuidados de saúde como um recurso a utilizar, quer em situação de saúde, quer de doença (Dadich, Jarrett, Sansi, Kang & Bennett, 2013; Grossman, Ruzany & Taquette, 2004). O compromisso do alargamento desta missão aos cuidados de saúde primários é uma reforma fundamental, uma vez que descentraliza os cuidados de saúde dos hospitais, reduzindo a visão hospitalocêntrica do sistema de saúde, assegurando quer a promoção da saúde e a prevenção da doença quer o tratamento e a gestão da doença (Dadich, et al., 2013).

As consultas de vigilância de saúde já fazem parte das rotinas para as crianças (0-18 anos de idade), no entanto, parece que a frequência de utilização vai diminuindo à medida que a idade aumenta tornando-se muito escassa nos adolescentes (Fonseca,

2012). Apesar de no anterior (PNSJ, 2006/2010) e no atual Programa Nacional Infantil e Juvenil (PSNSIJ, 2013) estarem previstas consultas de vigilância periódicas durante a adolescência (10 anos; 12-13 anos e 15-18 anos) tem havido dificuldades na sua concretização, sobretudo pela manifesta ausência a partir dos 13 anos (Machado, Alves & Couceiro, 2011). Por exemplo, relativamente ao Plano Nacional de Saúde anterior (2006/2010), no ano letivo 2006/2007 o exame foi efetuado a 74% das crianças, enquanto apenas 37% dos adolescentes o fizeram. Um valor bastante abaixo da meta estabelecida (90% para 2010) no que diz respeito à realização deste exame global na consulta planeada para os 13 anos de idade (Machado, Alves & Couceiro, 2011).

Esta situação tem constituído um motivo de preocupação para os profissionais face à perda de oportunidade de este encontro na fase inicial da adolescência.

Retomando a utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes, recorre-se a alguns dados sobre a realidade dos jovens portugueses embora a sua análise exija precaução, não só porque não contabilizam o recurso a outros subsistemas, como ainda subsistem vários problemas associados ao processo de registo.

Partindo do último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2005/2006 (INE, 2009) e com referência ao número de consultas médicas em relação à população residente, nos três meses anteriores à entrevista, constata-se que no grupo etário dos 15 aos 24 anos, cerca de 57,2% dos jovens não as frequentou. Em relação aos rapazes, 65,4% não utilizou estas consultas enquanto nas raparigas essa percentagem foi inferior (48,7%) e a média do número de consultas foi superior à dos rapazes. Também se verifica que é este grupo etário (15-24 anos) que apresenta o menor número médio de consultas entre os nove grupos etários considerados, cuja amplitude variou entre menos de 15 anos a 85 anos ou mais.

Nas mesmas condições, mas agora pelas razões que motivaram a última consulta verifica-se que, nos últimos três meses, no mesmo escalão etário, cerca de 65% recorreram à consulta por doença ou acidente, 10,4% por motivos relacionados com exames complementares ou medicação, 17,2% para consultas de “cariz preventivo e/ ou de vigilância”, 2,6% para obter certificados de saúde ou doença e 4,8% por outras razões. Quanto ao género, verificam-se valores mais elevados nas raparigas (61,2%) para todas as condições, com exceção para os motivos de doença ou acidente onde os rapazes apresentaram uma percentagem superior (70,6%), (INE, 2009).

Segundo a ARSLVT (2013), no que diz respeito à vigilância de saúde em Idade escolar, os registos das Unidades de Saúde, no concelho de Lisboa, revelaram que, em

2012, 18% das crianças realizou o exame global de saúde dos 5-6 anos passando para metade no grupo dos 11-13 anos. Apesar da análise de estes dados exigir precaução, constata-se uma clara diminuição na utilização destes serviços na região de Lisboa (ARSLVT, 2013).

Quanto a dados ainda não publicados⁶ específicos a adolescentes (12-19 anos) dos ACES do concelho de Lisboa, entre 2010 e 2013, sugerem algum declínio no número de utilizadores ao longo dos quatro anos considerados. Considerando as idades, assiste-se a uma diminuição da frequência a partir dos 14 anos, começando a aumentar ligeiramente nas raparigas, a partir dos 17 anos, e sobretudo aos 18 e 19 anos sugerindo uma relação com as questões da saúde sexual e reprodutiva uma vez que há um aumento na frequência do programa/consulta de planeamento familiar e de “contactos” de enfermagem (ARSLVT, dados de 2014).

Os profissionais de saúde e os responsáveis políticos não podem ficar alheios a esta realidade, uma vez que os problemas relacionados com os comportamentos de saúde e com a instabilidade socio-emocional surgem em idades precoces e vão aumentando com a idade, particularmente os problemas associados ao risco e à saúde mental.

No entanto, se por um lado, são vários os autores que justificam a pouca utilização dos CSP pelos adolescentes pelo facto de se sentirem saudáveis, e até por mostrarem menos interesse e preocupações com a saúde do que os adultos, há outros (Coleman, 2011; Tivorsak et al., 2004; Tavares & Fonseca, 2009) que sugerem que a sua escassa utilização, associada à procura dos serviços de urgência, não pode ser exclusivamente explicada por estes factos.

Como acrescentam Patton e colegas, apesar de muitos adolescentes serem saudáveis, muitos deles morrem prematuramente por acidentes, suicídio, violência, entre outras doenças preveníveis e /ou tratáveis (AAP, 2008_a); NRCIM, 2009; Patton et al., 2012; WHO, 2014a). Sendo que muitas das doenças no adulto têm origem na adolescência, como as consequências do consumo de tabaco e outras drogas lícitas e ilícitas, as infeções sexualmente transmissíveis e o excesso de peso e a obesidade, muitas vezes associados a hábitos de sedentarismo, bem como os problemas de saúde mental, com início cada vez mais frequente neste grupo etário (Loureiro, 2014; Patton et al., 2012; Patton, et al., 2014; Sawyer et al., 2012). O que pode observar-se na evidência

⁶ Dados fornecidos diretamente pelos serviços da ARSLVT em final de novembro de 2014

dos dados relativos aos comportamentos de risco nos jovens e nas principais causas de mortalidade e morbilidade nos adultos, como já foi referido no capítulo anterior, permitindo afirmar a importância da intervenção em idades mais precoces, como nas crianças e adolescentes (Bustreo & Chestnov, 2013).

No entanto, os cuidados de saúde disponibilizados a muitos jovens não são concordantes com as orientações emanadas nem com as necessidades específicas percebidas pelos adolescentes, havendo uma grande discrepância entre os cuidados recebidos e os cuidados que deveriam receber (AAP, 2008_a). A evidência revela que frequentemente os adolescentes não se sentem bem atendidos nos serviços de saúde (Jones & Bradley, 2007; Eurostat, 2015), e têm necessidades que não são satisfeitas (Hargreaves, et al., 2015).

Apesar de, geralmente, serem saudáveis e de poderem parecer pouco interessados pelas questões relativas à saúde, os adolescentes preocupam-se com a sua saúde e têm necessidades específicas (Coleman, Hendry & Knobel, 2007; Coleman, 2011; Jones & Bradley, 2007) inerentes à sua fase de desenvolvimento, diferentes das crianças e dos adultos, e por vezes diferentes daquelas que os adultos lhes atribuem.

A evidência da pouca procura dos serviços de saúde pelos adolescentes, claramente os que se destinam à promoção da saúde e prevenção da doença, e o facto dos adolescentes terem preocupações e necessidades em relação à saúde para as quais os serviços e os profissionais de saúde não têm ainda uma resposta apropriada, têm sido as principais razões do desenvolvimento de estudos na tentativa de compreender os motivos que estão na origem destes des(encontros).

Estamos em presença de condições e cuidados de saúde que se oferecem e condições e cuidados que se procuram (ou não). Ou seja, poderá haver discrepância entre o que se procura e o que se oferece. Até porque as políticas, as orientações e a organização dos serviços de saúde são ainda, em muitos países como em Portugal, da responsabilidade exclusiva dos adultos. O sistema e os serviços de saúde são planeados e organizados por adultos e para adultos (Hargreaves & Viner (2012), havendo pouca atenção e compreensão sobre o que é importante para os clientes a quem se destinam, neste caso os adolescentes. Os serviços e os programas de saúde somente baseados em ideias dos adultos, de como devem ser os cuidados de saúde para os adolescentes, têm uma eficácia bastante limitada (Clowers, 2000).

Por outro lado, a parca utilização dos recursos de saúde pelos jovens pode também estar relacionada com o desconhecimento dos recursos disponíveis, com

dificuldades na acessibilidade ou o facto de não reconhecerem o problema (Menna & Ruck, 2004); ou de não terem um profissional de referência e com disponibilidade para os atender (Fonseca, 2012); ou porque sentem não lhes ser respeitada a confidencialidade e por isso não terem oportunidade ou terem dificuldades em falar sobre si e acerca dos seus problemas mais “sensíveis”; ou por falta de privacidade por via dos profissionais ou das condições dos serviços (Booth et al., 2008; Jones e Bradley, 2007; Taquete, 2010; Towle, Godolphin e Staalduinen, 2006), ou ainda por carência de recursos de saúde disponíveis adequados às suas necessidades. Também a burocratização, os custos associados, a localização, a limitação de transportes, os horários de funcionamento desajustados, o tempo de espera, entre outras questões que lhes dificultam o acesso, bem como por algumas atitudes dos profissionais de saúde pouco ajustadas às preferências dos adolescentes podem dificultar a procura dos recursos de saúde (Booth et al., 2008; Dadich et al, 2013).

Deparamo-nos com uma multiplicidade de fatores de ordem individual interpessoal, ambiental, sociocultural e política que, em interação, facilitam ou dificultam o encontro entre o adolescente e o profissional de saúde, num determinado contexto. Esta teia de fatores tem sido responsável por uma vasta pesquisa na área.

Salientam-se os estudos de Tatar (2001) que enfatizam a importância de conhecer os fatores que motivam ou facilitam a procura de ajuda dos “conselheiros escolares” pelos adolescentes e quais os mais valorizados quer pelos adolescentes, quer pelos profissionais.

A autora sugere um modelo tridimensional que conceptualiza os diferentes domínios que podem influenciar a dinâmica de este encontro: o cliente/adolescente, o conselheiro/profissional e o contexto ou situação de atendimento.

Inclui um conjunto de variáveis fundamentadas na literatura. As variáveis relacionadas com o cliente adolescente como a idade, género, nível socioeconómico e cultural, auto imagem, motivação e nível de stresse; com o profissional como as perceções dos adolescentes acerca de algumas das suas características, como o ser perito, ser atrativo, ser autêntico, ser empenhado nas suas funções, ser responsável, e outras características como o estilo de aconselhamento, assim como o género e o grau académico; e ainda as variáveis situacionais como a disponibilidade dos serviços, limitações económicas e condições físicas do local de atendimento, assim como os aspetos relacionados com a identificação entre o profissional e o adolescente, por exemplo o género, etnia, falar a mesma língua, a aparência, entre outras.

Segundo a autora todos estes fatores podem encorajar o adolescente a procurar ajuda, diminuindo o medo e aumentando a expectativa de que irá ser compreendido face aos seus problemas e situação (Tatar, 2001).

Também sobre a questão da utilização dos serviços de saúde destacam-se os trabalhos de Ronald Andersen que remontam aos anos 60, onde o autor propõe um modelo “The Initial Behavioral Model” (1960s), sugerindo que a utilização dos serviços de saúde depende de um conjunto de variáveis como a predisposição individual para os usar, dos fatores que motivam ou impedem as pessoas de os utilizar e das necessidades dos cuidados. No primeiro grupo, “*predisposing characteristics*”, o autor inclui as características demográficas e as crenças de saúde. O segundo, “*enabling resources*”, abrange os recursos pessoais ou familiares, e recursos da comunidade assim como o facto de ter um local ou uma fonte regular onde recorrer para cuidados de saúde e outras condições de acesso aos cuidados. O terceiro, “*need*”, envolve as necessidades de saúde percebidas pelo próprio, nomeadamente o estado de saúde percebido e a avaliação dos profissionais de saúde (Andersen, 1995).

Este modelo foi sujeito a atualizações posteriores (e.g., Aday & Andersen, 1978; Andersen, 1995; Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998), onde se mantêm estas variáveis, mas associam-se outras. No agora designado “Behavioral Model of Health Service Use” (BMHSU) assume-se que, para além das características individuais (onde se pode incluir a zona/comunidade onde se vive, seja urbana ou rural), também o sistema e políticas de saúde e o ambiente externo influenciam a utilização dos serviços de saúde. Considera-se igualmente a importância dos resultados dessa utilização que constam da avaliação subjetiva do estado de saúde e da satisfação da pessoa/consumidor (e.g., alteração do estado de saúde, qualidade dos cuidados, recursos e organização dos serviços, entre outras condições) que, por sua vez, influenciam os outros fatores e a procura dos serviços em questão (Aday & Andersen, 1978; Andersen, 1995). A utilização dos cuidados de saúde para os autores pode ser avaliada através de: tipo de serviço a que recorrem (consultas, cuidados de emergência, dentista, cuidados em casa), local onde recorrem (casa, hospital, clínica...), objetivo dos cuidados (preventivo, curativo, manutenção) número de visitas em determinado intervalo de tempo e do número de profissionais diferentes contactados por episódio de doença).

O Behavioral Model of Health Service Use” (BMHSU) tem sido aplicado para identificar os preditores da utilização dos serviços de saúde em variadíssimos estudos, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde aos adolescentes (eg. Marcell, Ford,

Pleck & Sonenstein (2007b); Solorio, Milburn, Andersen, Trifskin & Rodríguez, 2006; Vingilis, Wade & Seeley, 2007; Yu, Adams, Burns, Brindis & Irvin, 2008). Este modelo permite o uso dos seus componentes conforme os objectivos e o tipo de utilização que os diferentes trabalhos se propõem estudar (Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998).

Este modelo conceitual, proposto e desenvolvido por Andersen, Aday e outros colegas, tem sido um dos mais utilizados no estudo da utilização dos serviços de saúde pelos doentes/clientes, sendo alvo de várias adaptações.

Numa proposta de adaptação do modelo⁷, Phillips e colegas (1998), (Figura 2), partem de uma perspectiva sistémica integrando um conjunto de variáveis individuais, ambientais e variáveis relacionadas com os profissionais de saúde que estão associadas à decisão de procurar os cuidados de saúde. Estes autores enfatizam a importância da interação do paciente/cliente com o profissional, e da influência mútua das variáveis inerentes ao paciente e ao profissional.

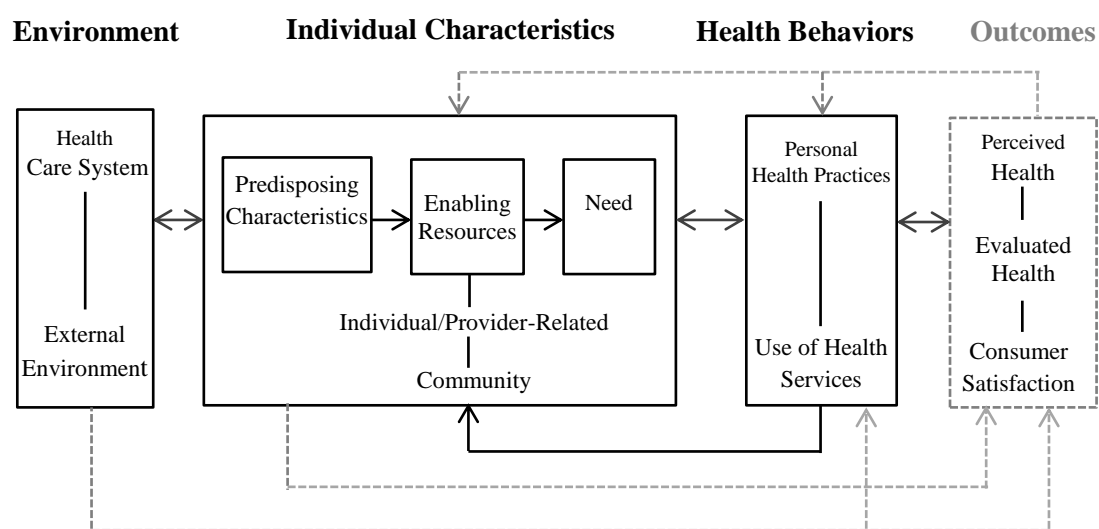


Figura 2. Behavioral Model of Health Service Use: Adaptado de Phillips e colegas (1998), complementado com outras versões do BMHSU (Andersen, 1995, 2008).

Os autores defendem que as variáveis ambientais abrangem o sistema de saúde, as políticas, as organizações de saúde associadas aos recursos financeiros que influenciam a acessibilidade, a disponibilidade e aceitabilidade dos serviços de saúde,

⁷ Na Figura 2 apresenta-se a adaptação do BMHSU, realizada por Phillips et al., (1998) complementando com algumas variáveis que incluem outras versões do modelo (Andersen, 1995, 2008), assim como as respetivas ligações entre si, que se distinguem a tracejado.

bem como os fatores ambientais externos que refletem o “clima” económico onde se vive, o nível de *stress*, e as normas sociais. Incluem também as variáveis de nível comunitário responsáveis pela motivação das pessoas para procurarem os serviços de saúde como por exemplo a disponibilidade de um médico na comunidade, entre outras condições de natureza contextual.

Nas variáveis relativas ao paciente/profissional os autores reforçam a importância do paciente ter um profissional como fonte regular de cuidados, da sua experiência prévia com os serviços de saúde, o facto de os cuidados serem gratuitos assim como de algumas características do próprio profissional como o género e a experiência, e de como podem influenciar a procura dos serviços de saúde. Enfatizam igualmente o contexto onde o indivíduo vive, ou seja, defendem que só tem sentido avaliar as variáveis individuais quando é tido em conta o contexto.

Propõem estudos que desenvolvam uma melhor compreensão das relações entre o indivíduo, o profissional e o contexto de cuidados de saúde e sua influência na utilização dos serviços de saúde. Tem também particular interesse para a elaboração de programas e políticas de saúde que incentivem a utilização apropriada, desencorajando o uso inadequado, e promovam a eficácia dos cuidados de saúde (Phillips et al, 1998).

As propostas que foram surgindo deram origem a uma versão mais recente do modelo (Andersen, 2008), onde o autor refere que para uma melhor compreensão do comportamento de utilização dos serviços de saúde o foco terá de ser nos determinantes individuais e contextuais. Propõe agora a inclusão do que designa de “características contextuais”, que substituem o nível respeitante ao ambiente, e que incluem as mesmas componentes das anteriormente designadas “*population characteristics*” agora “características individuais”, integrando assim algumas das sugestões, como as de Phillips et al., (1998), e propondo de novo alterações (Andersen, 2008).

Quando se pretendem estudar questões respeitantes às perspetivas dos adolescentes sobre os cuidados de saúde surgem várias áreas de interesse e de preocupação e encontra-se uma multiplicidade de fatores difíceis de isolar, que já foram anteriormente abordados.

Partindo do desenvolvimento da literatura nesta área, verifica-se que os estudos dirigidos às ideias, opiniões e experiências dos adolescentes, *dando-lhes voz*, no âmbito dos cuidados de saúde têm aumentado nos anos mais recentes.

Destacam-se como grandes áreas de estudo:

- Procura ou utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes: (“*help-seeking*”; “*seek health care*” “*access health care*”; *barriers to help-seeking*”; “*barriers to health care access*”)
 - 1) Motivos ou razões da procura/utilização dos serviços de saúde, incluindo a identificação das necessidades e preocupações dos adolescentes, das suas experiências de saúde anteriores, frequentemente em função de variáveis sociodemográficas como idade, género, etnia e NSE (Booth et al., 2008; Giannakopoulos et al., 2010; Paulus, Pestiaux & Doumenc, 2004);
 - 2) Determinantes, como fatores facilitadores, da procura dos Cuidados de Saúde, como aspetos que envolvem as características e condições mais valorizadas pelos adolescentes nos profissionais e nos serviços de saúde, e que podem aumentar a probabilidade da procura (ordem pessoal, relacional ou contextual/organizacional), atendendo a diferentes métodos de estudo (Giannakopoulos et al., 2010; Ginsburg, Menapace & Slap, 1997; Ginsburg, Slap, Cnaan., Forke, Balsley & Rouselle (1995); Ginsburg, Forke, Cnaan & Slap, (2002); Tatar, 2001; Vingilis, Wade & Seeley, 2007);
 - 3) Barreiras ou obstáculos à procura de ajuda e/ou procura de Serviços de Saúde, como os fatores que os adolescentes consideram dificultar ou impedir a procura de ajuda e/ou dos serviços de saúde (ordem pessoal, relacional/comunicacional ou contextual/organizacional). Estudos qualitativos (Helms, 2003; Lim, Chhabra, Rosen, Racine & Anderman, 2012; Lindsey & Kalafat, 1998; Wilson & Deane, 2001; e de natureza quantitativa com recurso frequente a escalas para avaliação de barreiras (Kuhl, Jarkon-Horlick & Morrissey, 1997; Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Fink, 2009; Wilson, Deane, Maershall & Dalley, 2008; Wilson & Deane, 2012).
- Avaliação da qualidade dos cuidados/serviços de saúde através de:
 - 1) Opiniões e/ou experiências dos adolescentes com os cuidados de saúde Estudos de natureza qualitativa dirigidos às ideias e opiniões dos adolescentes sobre os serviços e os profissionais de saúde (Fox, Philliber, McManus & Yurkiewicz, 2010; Lambert, Coad, Hicks & Glacken, 2014; Vo, Pate, Zhao, Siu, & Ginsburg, 2007), recorrendo aos critérios de qualidade definidos para os serviços “amigos” dos adolescentes, e/ou com referência aos direitos da criança (Kilkely, 2011; Kilkely & Savage, 2013);

2) Mais recentemente, com base nos mesmos critérios, surgem estudos direcionados para a construção e validação de instrumentos a utilizar com adolescentes, quer em contexto de Cuidados de Saúde Primários (Haller et al., 2012), quer em contexto hospitalar (Hargreaves, McDonagh & Viner, 2013; Sawyer, Ambresin, Bennett & Patton, 2014).

- Avaliação da satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde.
 - 1) Identificação dos determinantes da satisfação, incluindo aspetos específicos aos serviços e aos profissionais de saúde (Biering, 2010; Freed, Ellen, Irwin & Millstein, 1998);
 - 2) Avaliação geral ou com base nos critérios de qualidade definidos para os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes (eg. Sovd, Mmari, Lipovsek & Manaseli-Holland, 2006). São frequentes os estudos de natureza quantitativa, com recurso a escalas de satisfação e direcionados para os serviços de saúde mental (Ayton, Mooney, Sillifant, Powls & Rasool, 2007; Garland, Saltzman & Aarons, 2000; Shapiro, welker & Jacobson, 1997).

No estudo das diferentes áreas temáticas assistem-se a diferentes opções metodológicas dos investigadores, no sentido da identificação e/ou compreensão de alguns dos muitos fatores envolvidos na relação dos adolescentes com os cuidados de saúde. Sobretudo nas duas primeiras áreas, há autores que recorreram às ideias, crenças e expetativas dos adolescentes, aos significados atribuídos às experiências no âmbito da saúde, às prioridades ou às suas preferências quer em relação aos profissionais quer e em relação aos serviços, ou aos cuidados de saúde geral, em associação com diferentes variáveis como sociodemográficas, sociocognitivas, experienciais entre outras.

Alicerçado nos trabalhos de Tatar (2001), no presente estudo salientam-se três eixos com influência na dinâmica do atendimento ao adolescente pelos profissionais nos serviços de saúde. Recorre-se ao contributo do “Behavioral Model of Health Services Use (BMHSU) proposto por Andersen (1995; 2008) com uma estrutura conceptual que, incluindo variáveis de ordem individual, contextual e ambiental, tem sido sujeito a adaptações conforme os objetivos do estudo onde irá ser aplicado (Phillips, et al., 1998), e fornece um importante suporte teórico permitindo a mobilização de algumas destas variáveis sem fazer uso obrigatório do modelo (Marcell, et al., 2007_b; Yu, et al., 2006).

Tanto a proposta de Phillips, et al., 1998, como a última atualização do BMHSU (Anderson, 2008), com destaque para as características contextuais pode ser complementada recorrendo a uma perspetiva ecológica do desenvolvimento

(Bronfenbrenner, 1979, 1989), quando se considera a importância da dinâmica interativa entre os vários contextos (micro, meso, exo e macrosistema) que envolvem os cuidados de saúde ao adolescente e que não só o influenciam como são por ele direta e indiretamente influenciados.

Para este autor os contextos mais micro que envolvem diretamente o adolescente (e.g., família, escola, pares, podendo considerar-se os profissionais/os serviços de saúde), o mesosistema diz respeito às relações que estes contextos estabelecem entre si (e.g., relação entre os serviços de saúde e a escola, e/ou na relação com a família, e/ou entre serviços de saúde e os pares). Estes, por sua vez, influenciam e são influenciados pelo designado exosistema, que inclui ambientes nos quais o adolescente não está diretamente envolvido mas que exercem influência sobre ele (e.g., serviços e grupos de apoio comunitário, vizinhança, *mass media*, novas tecnologias de informação) e, por último, o mais abrangente, o macrosistema que se refere aos valores, ideologias, legislação relativa à saúde (e.g., condições de acesso aos serviços, parceria saúde/educação, limitação de espaços aos fumadores, da idade para consumo de álcool), assim como às políticas que podem traduzir-se em programas de saúde juvenil com intervenções nas escolas e comunidades, entre outras.

Trata-se de uma visão organizadora e integradora da ampla rede de fatores que, num processo dinâmico e em permanente mudança, influenciam e são influenciados pelo adolescente em desenvolvimento, nomeadamente nas questões da saúde e nas perspetivas que ele vai construindo sobre os cuidados, os serviços e os profissionais de saúde.

Sem esquecer as fontes de suporte informais, que desempenham um importante papel nas questões da saúde junto dos adolescentes, como os pais/ família, os amigos, entre outras, focamo-nos no suporte mais formal que os adolescentes podem procurar ou não e receber (ou não) dos profissionais de saúde em diferentes contextos de saúde. O atendimento do adolescente em saúde pressupõe uma relação entre o adolescente e o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, fisioterapeuta, nutricionista...) e ocorre num determinado contexto. Estamos assim num encontro em presença de dois atores e um contexto: o Adolescente, o Profissional de Saúde e o Serviço de Saúde.

No sentido de clarificar este processo de atendimento ao adolescente, sugere-se uma estrutura triangular em que cada um dos vértices ou dimensões é ocupado por um dos elementos envolvidos neste encontro/processo, como se pode observar na Figura 3.

Cada vértice transporta consigo um conjunto de características e condições que intervêm na qualidade do atendimento.

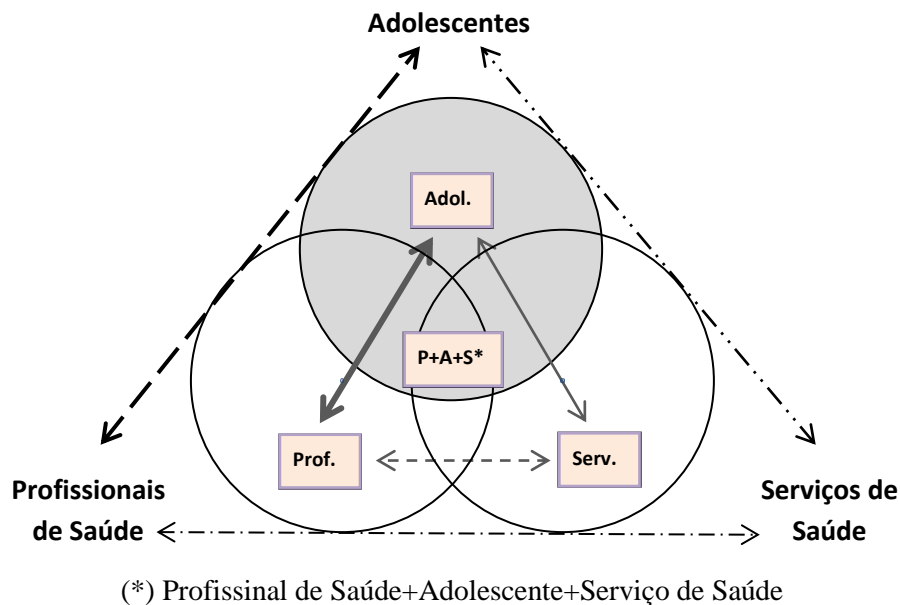


Figura 3. Esquema representativo do encontro do adolescente com os cuidados de saúde (construção da autora)

Com a preocupação fundamental de compreender as perspectivas dos adolescentes sobre os cuidados de saúde, parte-se de um conjunto de fatores de natureza individual com o foco nas suas ideias, expectativas, crenças, significados, preferências e avaliações subjetivas sobre os profissionais e os serviços de saúde. Assume-se também a importância dos fatores de natureza interpessoal (considerando a influência das experiências relacionais anteriores, que tiveram ou não, com os profissionais de saúde onde se incluem as suas características e atitudes), e os fatores contextuais (influência da organização e funcionamento dos serviços de saúde, tipo de oferta de cuidados, condições físicas e de acolhimento, custos associados e outras condições de recursos e de acessibilidade).

Em síntese, salienta-se a importância da existência das orientações das políticas e dos programas de saúde juvenil a implementar, que defendem cuidados de qualidade, centrados no adolescente e disponibilizados em serviços e por profissionais “amigáveis”. Também a evidência da realidade da procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes, através da divulgação de alguns dados estatísticos, particularmente a nível nacional, que permite caracterizar a situação. Conhece-se também a perspectiva que tem

sido defendida pelos profissionais sobre algumas das razões e condições que, em sua opinião, podem motivar ou desmobilizar os adolescentes do contacto com os cuidados de saúde. Pese embora, as perspetivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde tenham sido menos estudadas, muito particularmente nos adolescentes portugueses.

Aceita-se então o desafio de “integrar” o grupo de investigadores que se preocupam e dirigem os seus estudos para as ideias e expectativas dos adolescentes sobre os cuidados de saúde que, apesar de terem vindo a aumentar a nível internacional, continuam escassos e muito circunscritos em Portugal.

Face à realidade apresentada questiona-se:

- O que pensam, esperam e preferem os adolescentes dos serviços e dos profissionais de saúde?
- Quais os principais motivos de (não)procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes e qual a avaliação que fazem dos mesmos?

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Pretendendo dar resposta às questões que motivaram esta investigação e aos objetivos gerais que a orientaram apresenta-se o desenho geral, seguido da descrição dos dois estudos e das respetivas fases que os integraram. Para cada um deles far-se-á a descrição dos objetivos, participantes, procedimentos, instrumentos e técnicas utilizadas na recolha e análise dos dados.

3.1. Desenho da investigação

Partindo do objetivo geral de explorar e analisar as ideias, expetativas, necessidades e preferências dos adolescentes acerca das condições de atendimento dos serviços e das atitudes e características dos profissionais de saúde, assim como os motivos de (não)procura e de (in)satisfação com os cuidados de saúde, apresenta-se na figura 4 o desenho global da investigação.

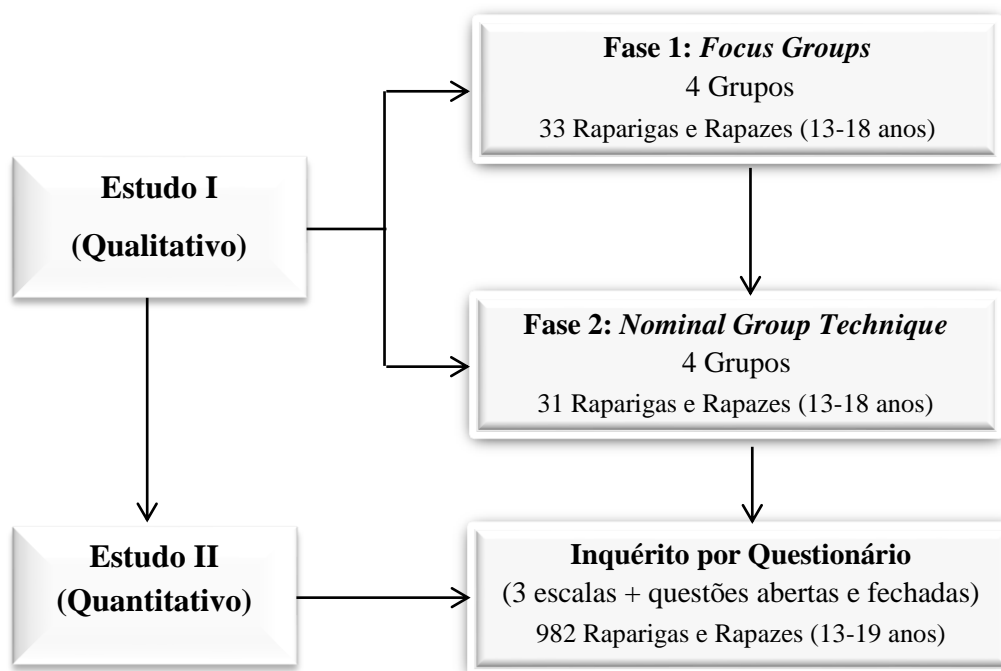


Figura 4. Desenho geral da Investigação

Optou-se pela realização de dois estudos sequenciais com metodologias complementares, combinando metodologias qualitativas e quantitativas, que revelam maior robustez do que quando utilizadas isoladamente (Morgan^a, 1998) uma vez que ambas têm diferentes “pontos fortes e limitações” (Rich & Ginsburg, 1999). No seu conjunto permitem também um conhecimento mais alargado e completo do problema ou fenómeno em estudo (Flick, 2005).

O primeiro estudo, de natureza qualitativa, com duas fases igualmente sequenciais: a primeira (fase 1) com recurso aos grupos focais (*Focus Group*) permitiu recolher as ideias e sentimentos dos adolescentes sobre a temática em estudo; a segunda (fase 2) onde, na sequência da informação recolhida na fase anterior, se utilizou a técnica dos grupos nominais (*Nominal Group Technique* (NGT)) para clarificar as ideias que emergiram na primeira fase e priorizá-las segundo a valoração atribuída pelos adolescentes. Estes dados, por sua vez, fundamentaram e orientaram a construção de um questionário a utilizar no estudo seguinte.

O segundo estudo, de natureza quantitativa, envolveu a construção e aplicação de um questionário, que incluiu questões e itens organizados em várias escalas, maioritariamente construídas com indicadores baseados nos temas emergentes no estudo preliminar e fundamentadas na revisão da literatura. Este estudo visou a concretização de objetivos mais específicos e a obtenção de resultados a partir de uma amostra mais alargada de adolescentes.

3.2. Estudo I – Exploratório e qualitativo

“Eliciting adolescents’ own views can yield powerful information about their health care experiences and preferences”

(The National Alliance to Advance Adolescent Health, 2010, Report 2)

Neste primeiro estudo pretendeu-se explorar as expetativas, as preferências, a avaliação subjetiva das experiências anteriores de atendimento dos adolescentes em serviços de saúde e os principais motivos que os levam a procurar os recursos de saúde. Visou igualmente contribuir para a construção de instrumentos a utilizar no segundo estudo.

A partir de uma metodologia exploratória e qualitativa, propôs-se especificamente:

- Conhecer as expectativas e as preferências dos adolescentes em relação aos cuidados de saúde, e a avaliação subjetiva das experiências anteriores de atendimento;
- Caracterizar os motivos que conduzem os adolescentes a procurar os recursos de saúde e o tipo de serviços e profissionais a que recorrem;
- Identificar as condições dos serviços e as características dos profissionais de saúde mais valorizadas pelos adolescentes.

A opção por um estudo qualitativo deveu-se ao facto de este trabalho ser centrado no conhecimento e compreensão das ideias dos adolescentes e dos significados que estes atribuem ao atendimento nos serviços de saúde, tentando dar sentido e compreender melhor o fenómeno em estudo (Bogdan & Biklen, 1994; Flick, 2005). A pesquisa qualitativa tem vindo a ser utilizada no estudo de questões relacionadas com a saúde nos adolescentes, dando-lhes a oportunidade de expressar as suas preocupações e experiências tornando-as significativas para os profissionais de saúde (Rich & Ginsburg, 1999). Também por ser um estudo exploratório, onde se pretendeu conhecer uma realidade ainda pouco estudada no país. Assim, organizou-se um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa onde cada uma das duas fases tem amostras e técnicas de recolha de dados diferentes. Na globalidade, neste primeiro estudo participaram um total de 64 adolescentes, 29 rapazes e 35 raparigas, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, a frequentarem do 8º ao 12º ano de escolaridade em duas escolas públicas da cidade de Lisboa.

Atendendo a que os resultados deste estudo preliminar não serão discutidos em detalhe, e servem um propósito específico e já explicitado, apresenta-se uma síntese dos principais resultados por forma a clarificar algumas das opções tomadas na construção e respetivo conteúdo do instrumento utilizado no segundo estudo.

3.2.1. Fase 1 - *Focus Group*

Na primeira fase, tendo por base os objetivos e a natureza do problema optou-se pela realização de entrevistas de grupo na modalidade *de Focus Group* para, através da voz dos adolescentes, aceder às suas ideias, crenças, atitudes e experiências em relação aos recursos de saúde.

A interação que se gera na discussão favorece o seu envolvimento ativo permitindo expressar, explicar e até defender as suas opiniões num contexto dinâmico, coletivo e

num ambiente não ameaçador favorecendo a espontaneidade (Heary & Hennessy, 2002; Morgan, 1998_b); Sim, 1998). Esta metodologia tem-se revelado de grande utilidade em estudos na área da saúde, nomeadamente com adolescentes (e.g., Fox, Philliber, McManus & Yurkiewicz, 2010; Gibson, 2007; Ginsburg et al., 2002_b; Gyamfi, Keens-Douglas & Medin, 2007; Malheiro, 2005; Ramos et al., 2009) o que é manifestamente importante dado que os instrumentos de recolha de dados devem ser adequados ao nível de desenvolvimento dos participantes (Dashiff, 2001). Numa revisão de estudos com recurso ao *focus group* com crianças e adolescentes em contextos de cuidados de saúde, Heary & Hennessy (2002) reforçam a mais-valia do uso da técnica com esta população, particularmente em estudos exploratórios, desenvolvimento de programas e na construção e adaptação de questionários.

Participantes

Esta primeira fase foi conduzida com uma amostra de conveniência de 33 adolescentes, de duas escolas públicas do centro de Lisboa, e foram realizadas quatro entrevistas de *focus group*. Considerando as fases de desenvolvimento da adolescência e com a preocupação de assegurar uma certa homogeneidade em cada grupo relativamente à idade, dois grupos incluíram adolescentes entre os 13 e 15 anos e os outros dois entre os 16 e 18 anos. Os grupos incluíram rapazes e raparigas e a composição variou entre 7 a 9 participantes por grupo (Heary & Hennessy, 2002). Definiram-se como critérios de inclusão ter idade compreendida entre os 13 e 18 anos, concordar em participar e ter autorização do encarregado de educação. Face à temática em estudo, definiram-se como critérios de exclusão ter uma doença crónica com internamentos frequentes, e ser estrangeiro com fraco domínio da língua portuguesa e/ou residentes em Portugal há menos de três anos.

Sumariamente, a amostra final foi constituída por 15 (45,5%) rapazes e 18 (54,5%) raparigas. Do total cerca de 64% tinham naturalidade portuguesa, 21% africana e 15% eram naturais de países de Leste. Pertenciam na sua maioria ao nível socioeconómico médio e médio baixo. Cerca de 49% tinham entre 13 e 15 anos e 51% entre 16 a 18 anos. Cerca de 21% tinham uma doença (alérgica, asma e diabetes) e 27% já tinham tido experiência de internamento hospitalar. Concomitantemente, a maioria dos adolescentes sentia-se saudável (39%) e muito ou muitíssimo saudável (46%). Cerca de 48,5% tinham utilizado os serviços de saúde no último ano e com maior

frequência o hospital. Apesar das escolas terem gabinetes de apoio ao adolescente, cerca de 40% desconhecia e 70% nunca os utilizaram.

Instrumentos de recolha de dados

Na recolha de dados foram utilizados dois instrumentos: um breve questionário individual de autopreenchimento (apêndice A) para caracterização sociodemográfica da amostra e algumas informações relativas à situação de saúde e utilização dos serviços de saúde pelo adolescente; e um guião para a condução das entrevistas de *focus group*.

Sem a pretensão de impor uma estrutura rígida ao diálogo, mas sim de procurar recolher a maior diversidade de aspetos que se pretendiam focar, e salvaguardar alguma organização no desenvolvimento da discussão com os diferentes grupos, construiu-se um guião com várias questões, de acordo com os objetivos definidos e seguindo as orientações de Morgan (1998_c) e Krueger (1998) no planeamento e procedimentos necessários à realização das entrevistas semiestruturadas (apêndice B). Os tópicos abordados incluíram as necessidades e preocupações com a saúde, as experiências com os serviços de saúde, aspetos positivos e negativos, e as características e condições desejadas nos profissionais e nos serviços de saúde. Por exemplo, “*como seria para vós um serviço de saúde ideal?*”, “*Para vós o que é um bom profissional de saúde?*”.

Procedimentos

As escolas foram contactadas através dos seus professores responsáveis pela coordenação do projeto de educação para a saúde (PES), seguindo-se o Conselho Executivo com os respetivos pedidos formais para a realização do estudo. Após as autorizações procedeu-se à seleção dos participantes em colaboração com os professores. A seleção das escolas esteve relacionada com as relações privilegiadas existentes entre o local de trabalho da investigadora e as mesmas e com o facto de terem uma população de nível socioeconómico heterogéneo.

Realizaram-se algumas reuniões com os professores coordenadores da educação para a saúde, no sentido de planear as sessões sem provocar perturbação no normal funcionamento das aulas, e de garantir condições para a sua operacionalização. Foi distribuída uma carta aos diretores das respetivas turmas selecionadas (apêndice C) com a indicação dos critérios de inclusão e exclusão e com as orientações para a constituição dos grupos.

Elaboraram-se cartas de pedido de autorização para os alunos participarem no estudo, uma dirigida aos pais e outra aos próprios adolescentes. Ambas com um destacável que permitia uma resposta devidamente assinada, assim como o registo dos seus contactos pessoais para confirmação da sua presença nas entrevistas de grupo.

Sendo o recrutamento um processo sistemático fundamental para evitar o fracasso desta técnica (Morgan, 1998_c) houve o cuidado de convidar mais participantes do que o necessário de modo a garantir o número suficiente de raparigas e rapazes para realizar os diferentes grupos. Habitualmente é uma das maiores fontes de insucesso nos estudos com grupos focais, por isso, no sentido de motivar os adolescentes a participarem, e de lhes fornecer informação sobre o estudo e o sobre modo como as sessões iriam decorrer, foram feitos contactos telefónicos personalizados aos pais e/ou aos próprios adolescentes. Alguns destes contactos foram fundamentais para o esclarecimento de dúvidas aos pais sobre as especificidades do estudo.

As entrevistas foram realizadas nas instalações das escolas seleccionadas, em local adequado e preparado para o efeito. As discussões dos grupos tiveram uma duração média de 70 a 75 minutos. De acordo com o protocolo, as sessões foram todas gravadas em vídeo, com a respetiva autorização prévia dos participantes. Os espaços foram organizados para permitir uma boa visibilidade.

Cada grupo teve início com o acolhimento aos participantes, a apresentação da moderadora (a autora deste trabalho), e assistente da moderadora e o que se pretendia com o estudo. Foi enfatizada a importância da participação de todos, reforçando-se a ideia de que não existiam respostas certas ou erradas, mas sim opiniões diferentes e que eram todas válidas e muito importantes. Foram dados alguns esclarecimentos quanto a regras e considerações éticas que esta metodologia envolve, como adiante se explicitará. Após esta introdução foi pedido aos adolescentes para preencherem o questionário de caracterização socio demográfica.

Antes de se iniciar a atividade foi lembrada a importância de todos participarem, intervindo um de cada vez; esclareceu-se que o papel do moderador e da assistente é sobretudo o de escuta ativa e não de intervenção nas discussões; a possibilidade de, por vezes, se interromper o discurso de um participante, para dar oportunidade a outros. Após estas informações deu-se início à sessão com uma atividade “quebra-gelo” com apresentação baseada numa pequena entrevista a dois, no sentido de os envolver e facilitar a interação, o que resultou em todos os grupos, embora com um ambiente mais lúdico nos grupos dos adolescentes mais novos.

Relembrou-se que a colaboração era voluntária e que, apesar de ser muito útil, não era obrigatória, e esclareceu-se a possibilidade de poderem sair da sala sem justificar o motivo desse comportamento.

De forma geral as discussões decorreram com entusiasmo. Os grupos revelaram-se bastante interessados nos temas propostos e colaboraram de forma muito dinâmica. Na moderação das sessões surgiram dois tipos de dificuldades, uma relacionada com a gestão dos silêncios e outra com a tentativa de alguns jovens influenciarem o grupo. Face à experiência destaca-se, como uma importante potencialidade, a natureza da interação estabelecida nos grupos, onde se confrontaram diferentes perspetivas que espelharam a influência dos contextos de vida dos adolescentes. No final de cada *focus group* foram distribuídos pequenos brindes, constando de um bilhete de cinema, uma *pen* ou outro material escolar.

Decorridos os quatro grupos houve saturação na maior parte dos dados recolhidos, pelo que não se continuaram os grupos focais, passando-se à fase de análise.

Tratamento e análise dos dados

No tratamento dos dados recorreu-se à análise de conteúdo temática categorial segundo Bardin (1991), com algumas particularidades relacionadas com o facto de ser uma entrevista em grupo (Morgan^b, 1998). O *corpus* de análise resultou das transcrições integrais das entrevistas de *focus groups*. Posteriormente procedeu-se à codificação, organização e reorganização da informação encontrando o seu sentido, atribuindo significado ao seu conteúdo, e construindo uma grelha de análise com temas, categorias, subcategorias e unidades de registo ilustrativas.

Para assegurar o rigor e a consistência do processo de codificação, este foi realizado pela investigadora e por três codificadores, que funcionaram como juízes, procedendo-se à comparação das diferentes classificações. Nos casos de divergências estas foram discutidas até se obter uma concordância.

Para a contagem das frequências considerou-se o número de adolescentes que fizeram referência aos vários assuntos (extensivity) independentemente do número de vezes que foram referidos. As percentagens apresentadas foram calculadas em função dos trinta e três adolescentes que participaram nos quatro *focus groups*.

Síntese dos principais resultados

Na análise dos diálogos produzidos no contexto dos *focus groups* sobre as questões orientadoras emergiram três temas: “os adolescentes e os comportamentos de saúde”; “os adolescentes e os recursos de saúde”; e “os adolescentes e os profissionais de saúde”. Cada tema foi subdividido num conjunto de categorias e subcategorias, construídas a partir das unidades de registo.

O primeiro tema, como podemos observar na Tabela 2, “*os adolescentes e os comportamentos de saúde*” traduz um conjunto de ideias sobre aspetos genéricos que influenciam os comportamentos de saúde a par com as necessidades e as preocupações identificadas pelos adolescentes. Salienta-se a importância dada à necessidade de informação e aconselhamento, bem como a centralidade dos comportamentos de risco como preocupações de saúde

Tabela 2. Tema I - Os adolescentes e os comportamentos de saúde

Categorias	Subcategorias	n	(%)
Influência na procura dos cuidados de saúde	Comunicação social	6	(18,2)
	Atitudes dos profissionais de saúde	3	(9,1)
	Diferentes Culturas	3	(9,1)
Ideias sobre os comportamentos de saúde	Os jovens desperdiçam informação	2	(6,1)
	A educação para a saúde é mais eficaz nos mais novos	2	(6,1)
	Os mais velhos têm mais informação e maior perceção de risco	2	(6,1)
Necessidades no âmbito da saúde	Informação e aconselhamento	23	(84,8)
	Falar sobre os problemas	5	(15,2)
	Fazer rastreios	2	(6,1)
Preocupações em relação à saúde	Riscos associados à sexualidade	18	(54,5)
	Riscos associados a doenças e problemas psicológicos	9	(27,3)
	Riscos associados aos consumos	7	(21,2)
	Insegurança na escola	2	(6,1)
	Riscos associados à idade	2	(6,1)

No segundo tema “*os adolescentes e os recursos de saúde*”, conforme Tabela 3, estes reportam-se às fontes de informação a que recorrem, ao tipo de serviços que procuram bem como os motivos porque o fazem. Pronunciam-se sobre as condições de atendimento e funcionamento dos serviços de saúde e assinalam as suas preferências em relação a estes.

A procura de informação e de suporte é reconhecidamente considerada relevante com destaque para os pais e família e profissionais de saúde.

Tabela 3. Tema II - Os adolescentes e os recursos de saúde

Categorias	Subcategorias	n	(%)
Fontes de informação e suporte	Pais/Família	30	(90,9)
	Profissionais de saúde	17	(51,5)
	Amigos	12	(36,4)
	Tecnologias de Informação e comunicação (TIC)	9	(27,3)
	Professores/Escola	4	(12,1)
Utilização dos serviços de saúde	Tipo de serviço	Hospitais e SAP	17 (51,5)
		Centros de Saúde	14 (42,4)
		Farmácias	2 (6,1)
	Motivos de procura	Urgência/acidentes	6 (18,2)
		Doenças físicas e psicológicas	11 (33,3)
		Vigilância de Saúde	7 (21,2)
		Vacinação	7 (21,2)
	Profissionais a que recorrem	Médicos	33 (100)
		Enfermeiros	6 (18,2)
		Farmacêuticos	6 (18,2)
		Psicólogos	4 (12,1)
Apreciação do funcionamento e condições de atendimento dos serviços de saúde	Longos períodos de espera	17	(51,5)
	Más condições físicas e ambientais/risco de contágio	7	(21,2)
	Tratam os jovens como crianças/Desvalorizam as suas ideias	5	(15,1)
	Não respondem as necessidades	4	(12,1)
	Falta de profissionais	4	(12,1)
	Taxas moderadoras elevadas	4	(12,1)
Preferências em relação às estruturas dos serviços de saúde	Mais profissionais	11	(33,3)
	Atendimento mais rápido e metódico e horário mais alargado	10	(30,3)
	Ambiente acolhedor	7	(21,2)
	Mais recursos materiais	5	(15,2)
	Adequar os espaços ao tipo de população	3	(9,1)

Os Hospitais e os SAP (serviços de atendimento permanente) são os serviços a que mais recorrem para resolver situações de urgência, aceder a consultas de especialidade e também para internamento, sendo a doença e os acidentes os principais motivos de procura. Os Centros de Saúde são procurados para a vacinação e consultas de vigilância de saúde. A consulta para adolescentes é assinalada como um espaço relevante que permite obter apoio sem a interferência dos pais. As farmácias são identificadas como um recurso de saúde de fácil acesso e que responde bem aos pequenos problemas do quotidiano.

Todos os grupos identificam os problemas psicológicos como um motivo relevante para procurar os serviços de saúde, contudo os mais velhos reforçam esta dimensão explicitando as depressões e os “traumas” como um motivo importante (lembrando que a doença não é só problemas físicos). O profissional que todos procuram é o médico, sendo o médico de família uma referência frequente

A apreciação global sobre o funcionamento geral dos serviços foi essencialmente negativa. Longos períodos de espera (marcação de consulta e atendimento), com más condições físicas e ambientais (sobrelotação/risco contágio), horários desadequados, com falta de profissionais e taxas moderadoras elevadas. Todos estes problemas dos serviços são agravados pelo que consideram a indiferença face às reclamações ou às sugestões, o que se traduz numa perceção de impotência face à possibilidade de mudar e ou de participar nos cuidados.

Quando estimulados a falar sobre as suas preferências referem o oposto do que definiram como aspetos negativos no funcionamento dos serviços.

No terceiro tema “*os adolescentes e os profissionais de saúde*” (Tabela 4), são relatadas as experiências concretas de relação com os profissionais assinalando os aspetos positivos e negativos referentes a cada grupo. Os relatos das experiências focam-se em primeira instância na interação que se estabelece entre os profissionais e os adolescentes para concluírem qual o perfil do bom profissional.

Quando falam das experiências com profissionais de saúde os adolescentes reportam-se sobretudo aos médicos e aos enfermeiros, mas alguns referem também o farmacêutico, como um recurso eficaz e esclarecedor. Em relação aos médicos identificam um conjunto de experiências que remetem quase todas para a relação interpessoal e que são predominantemente negativas. Globalmente os jovens valorizaram, por um lado as atitudes de proximidade, disponibilidade, ajuda e por outro a informação e o tratamento correto. A apreciação dos enfermeiros é semelhante, salientando-se sobretudo a capacidade de lidar com pessoas e estabelecer boa relação. Estes adolescentes não referem experiências com psicólogos, embora no discurso, reconheçam a sua importância no tratamento de doenças ou problemas psicológicos.

Tabela 4. Tema III - Os adolescentes e os profissionais de saúde

Categorias	Subcategorias	n	(%)
Experiências de atendimento com médicos	Não sabem lidar com as pessoas	11	(33,3)
	São negligentes	9	(27,3)
	Não sabem comunicar	7	(21,2)
	Preocupam-se e ajudam	5	(15,2)
	Não cumprem regras	4	(12,1)
	Desvalorizam as queixas	3	(9,1)
	São estranhos/desconhecidos	3	(9,1)
	Prescrevem com arbitrariedade	2	(6,1)
	São disponíveis	2	(6,1)
	Informam e esclarecem	2	(6,1)
	São simpáticos	2	(6,1)
	Respeitam a confidencialidade	2	(6,1)
Experiências de atendimento com enfermeiros	Estabelecem boa relação	8	(24,2)
	Não sabem lidar com as pessoas	5	(15,2)
	São compreensivos	2	(6,1)
	Sabem pouco	2	(6,1)
Experiências de atendimento com os farmacêuticos	São eficazes	6	(18,2)
	Informam e esclarecem	3	(9,1)
Caracterização do “ <i>bom profissional</i> ” de saúde	Ter conhecimentos, ser competente	17	(51,5)
	Saber relacionar-se (<i>Simpático, atencioso...</i>)	13	(39,4)
	Ser disponível	12	(36,4)
	Não tratar os jovens como crianças	8	(24,2)
	Ter experiência	7	(21,2)
	Saber informar e explicar	7	(21,2)
	Gostar de fazer o seu trabalho	6	(18,2)
	Ser mais velho	5	(15,2)
	Ser compreensivo	4	(12,1)
	Ser do sexo feminino	4	(12,1)
	Transmitir confiança	4	(12,1)
	Saber respeitar	3	(9,1)
	Ser pontual	3	(9,1)

Quando lhes é solicitado que na generalidade caracterizem o bom profissional de saúde surgem com maior clareza, a par da importância da relação, outras dimensões como a competência, os conhecimentos, o saber da experiência, o saber explicar, esclarecer e compreender os jovens, sem os “tratar como crianças”.

3.2.2. Fase 2 - Nominal Group Technique

Pela necessidade de sistematizar, clarificar e priorizar parte da informação recolhida na fase anterior, recorreu-se também a entrevistas grupais mas agora num

formato bastante mais estruturado como a *Nominal Group Technique (NGT)*, no sentido de obter informação estruturada e ordenada por prioridades face às questões colocadas pelo investigador (Macphail, 2001).

Esta técnica favorece a participação de todos os elementos do grupo, minimizando a influência do moderador (Ginsburg et al, 2002_b). Pode evitar uma das possíveis desvantagens do *focus group* no que diz respeito à liderança da discussão por alguns elementos do grupo, impedindo outros de expressarem a sua opinião. A NGT descrita por Van de Ven & Delbecq (1972) é um processo de tomada de decisão em grupo que permite a expressão das ideias dos diferentes elementos assim como a obtenção de consenso no grupo, de forma democrática, por via da estrutura e sequência de um conjunto de etapas que devem seguir-se no decorrer da reunião. Trata-se de uma discussão, bastante estruturada, em torno de um tema proposto pelo investigador.

Tem sido também uma técnica utilizada com adolescentes (Macphail, 2001), particularmente sobre questões relacionadas com a saúde e, por vezes, em associação com o *focus group* (e.g., Ginsburg et al., 1995; Ginsburg et al., 2002_b); Laenen, 2009; Vo, Pate, Zhao, Siu & Ginsburg, 2007).

O objetivo foi o de obter informação estruturada, com clarificação de alguns indicadores, sobre as características e atitudes mais valorizadas nos profissionais de saúde pelos adolescentes.

Participantes

Nesta fase participou uma amostra com características semelhantes à da primeira fase, mantendo-se os critérios de inclusão e exclusão. Foram realizadas quatro entrevistas de grupo onde participaram 31 adolescentes organizados em quatro grupos mistos (raparigas e rapazes). Dois grupos entre os 13 e 15 anos e dois entre os 16 e 18 anos, cuja composição variou entre 6 a 9 participantes por grupo.

Sucintamente, 14 (45,2%) dos adolescentes eram rapazes e 17 (54,8) raparigas. Cerca de 55% tinham idades compreendidas entre os 13 e 15 anos e 45% entre 16 e 18 anos. Do total, cerca de 90% eram portugueses, 6,5% africanos e 3,5% ucranianos. Na sua maioria pertenciam a um nível socioeconómico médio e médio baixo, cerca de 10% dos pais e 12,9% das mães possuíam uma licenciatura. Treze (42%) dos estudantes tinham os pais divorciados. Cinco (16%) eram portadores de uma doença (fórum respiratório e oftalmológico) e 11 (35,5%) já haviam estado internados numa unidade

hospitalar, na sua maioria por motivos cirúrgicos. Todos se sentiam saudáveis, entre os quais 58% referiram sentir-se “muito ou muitíssimo saudável”. Quinze (48,4%) utilizaram os serviços de saúde no último ano, sobretudo o hospital. Quanto aos gabinetes de apoio ao aluno, apesar de existirem nestas escolas, 10 (32%) adolescentes referiram desconhecer e apenas um os tinha utilizado.

Procedimentos

No início de cada grupo seguiu-se um procedimento idêntico ao da fase anterior do estudo. Aplicou-se o mesmo questionário (apêndice A) para uma breve caracterização da amostra e um guião especificamente elaborado para a condução destas reuniões, onde constavam as orientações necessárias à sua realização (apêndice D) com uma grande questão orientadora destas discussões: “*Quais as características e atitudes que vocês acham importantes num profissional de saúde?*” Construiu-se material para os respetivos registos escritos solicitados, de acordo com a técnica.

Seguiram-se os passos e as orientações propostas por Van de Ven e Delbecq (1972) e descritas em vários estudos que utilizaram esta técnica (Castiglioni, Shewchuk, Willett, Heudebert & Centor, 2008; Macphail, 2001; Tuffrey-Wijne, Bernal, Butler, Hollins & Curfs, 2007).

Os autores referem um conjunto de cinco a seis etapas, que foram seguidas durante a realização dos *nominal group* e que passam a descrever-se. Após a introdução e a atividade “quebra-gelo foi introduzido o tema.

O moderador expôs ao grupo as questões relacionadas com o tema em discussão e os adolescentes pensaram em silêncio nas respostas às questões e registaram individualmente as suas ideias numa folha de registo preparada para o efeito. Posteriormente cada um, por sua vez, apresentou ao grupo uma das ideias que tinha escrito e, seguindo a ordem pela qual estavam sentados, foram apresentando uma a uma todas as suas ideias; o moderador ia registando a informação no quadro negro sendo visível a todos os participantes. Passou-se à discussão em grupo para clarificação das ideias obtidas; o moderador teve a preocupação de promover a participação de todos os elementos do grupo. Após a clarificação, cada elemento, individualmente e em silêncio, selecionava cinco dos aspetos que considerava mais importantes, entre a totalidade da lista obtida em grupo, e atribuía uma pontuação a cada aspeto selecionado, ordenando-os pelo grau de importância que lhes conferia.

Esse registro foi feito em folha de papel preparada para o efeito. A escala de tipo likert para atribuição da pontuação variava entre 1 e 5, do menos ao mais importante.

Por fim, partilhavam-se os resultados finais, mais uma vez registados no quadro negro e após discussão, na maioria dos grupos, muito participada e disputada, encontrava-se o consenso em relação ao conjunto de ideias mais importantes para o grupo em questão. Os participantes assistiam à contagem da pontuação e tinham a oportunidade de confirmar e manifestar mais uma vez a sua concordância com o resultado final.

As entrevistas decorreram nas próprias escolas dos participantes. Na abordagem das escolas e professores, na constituição dos grupos e respetivos consentimentos informados, assim como na condução da parte inicial de cada *nominal group* seguiram-se procedimentos idênticos aos da primeira fase do estudo.

As sessões foram gravadas em áudio com a permissão dos participantes e decorreram, em média, entre 90 e 95 minutos. No final foram distribuídos os brindes à semelhança da fase anterior.

Perante a saturação dos dados, após a realização de quatro grupos, terminou-se a recolha dos dados e passou-se à sua análise.

Tratamento e análise dos dados

Seguiram-se os métodos de análise e de cotação preconizados para esta técnica conforme clarificados em estudos que a utilizaram (e.g., Castiglioni, Shewchuk, Willett, Heudebert & Centor, 2008; Tuffrey-Wijne, Bernal, Butler, Hollins & Curfs, 2007). Um processo qual-quantitativo, conforme anteriormente descrito.

Este processo envolveu a transcrição das gravações e respetiva validação através da informação escrita pelos adolescentes. De seguida procedeu-se à organização da listagem das características e atitudes dos profissionais consideradas como mais importantes por cada grupo de adolescentes, com a respetiva cotação atribuída individualmente e validada em grupo para cada afirmação produzida. Para a atribuição de uma pontuação segundo o grau de importância foi utilizada uma escala tipo likert com cinco pontos, do menos importante (1) a muitíssimo importante (5). Construíram-se quatro quadros, um por grupo, com a informação produzida e hierarquizada por cada grupo de adolescentes. Posteriormente agruparam-se os dados por grupo etário, construindo-se um quadro com os dados produzidos e priorizados (por ordem

decrecente de pontuação) pelos adolescentes mais novos e outro pelos adolescentes mais velhos.

Síntese dos principais resultados

Nos quatro grupos nominais foi produzido um conjunto de características e atitudes valorizadas em relação aos profissionais de saúde, num total de 116 registos (53 nos dois grupos dos mais novos e 63 nos grupos dos adolescentes mais velhos).

Analisando o conjunto dos resultados dos grupos nominais verificamos que foram priorizadas 13 características pelos adolescentes mais novos e 11 pelos mais velhos, havendo seis características comuns a todos embora com um posicionamento diferente no ranking final: *ser competente/ter profissionalismo, esclarecer/explicar, ser simpático, ser compreensivo, ser atencioso, ser bem-disposto*, considerando-se globalmente 18 características diferentes escolhidas e priorizadas pelos adolescentes.

Tabela 5. Características/Atitudes mais importantes nos profissionais de saúde

Grupo + Novos	N=17	Cotação	Grupo + Velhos	N=14	Cotação
Ser Competente	11	72	Ter Profissionalismo	11	54
Esclarecer/linguagem clara	9	45	Explicar de forma clara	9	42
Ser Compreensivo	9	37	Ser Responsável	9	37
Ser Simpático	8	36	Ser Disponível	7	28
Ser Prestável	6	28	Confidencialidade Segurança	7	29
Ser Atencioso	6	28	Ser Simpático	7	25
Ser Educado	6	26	Ser Compreensivo	5	18
Boa interação/ relação	6	27	Bom Humor/ Boa Disposição	4	16
Ser divertido	6	18	Ter vontade de ajudar Empenho	3	14
Mostrar interesse	4	18	Dar voto de confiança	4	15
Preocupar-se	4	18	Ser atencioso	2	7
Tratar bem /sem arrogância	3	15			
Ter postura profissional	2	8			

As características que os adolescentes valorizam vão desde a competência e experiencia profissional, à necessidade de informação e esclarecimento de dúvidas, às

questões relacionadas com a confidencialidade e a confiança, passando sempre por uma atitude amigável, compreensiva e facilitadora da relação.

Como já foi referido nos objetivos delineados para este primeiro estudo, os temas, categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo dos discursos dos adolescentes nos *focus groups*, bem como o conteúdo produzido e priorizado nos *nominal groups*, trouxeram um importante contributo para a construção do questionário a utilizar no segundo estudo, designadamente para a construção do conjunto de indicadores das diversas escalas que o compõem.

3.3. Estudo II – Quantitativo

O segundo estudo envolveu a construção e aplicação de um questionário a uma população alargada de adolescentes que vivem em meio urbano. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo-correlacional e de natureza predominantemente quantitativa.

Este estudo propôs-se identificar e analisar as ideias, expectativas, necessidades e preferências dos adolescentes em relação às condições de atendimento dos serviços e às atitudes e características dos profissionais de saúde, assim como os motivos de (não) procura e de (in)satisfação com os cuidados de saúde. Visou igualmente estudar a relação entre algumas destas variáveis, bem como entre estas e outras como as características sociodemográficas, avaliação subjetiva da situação de saúde e experiências dos adolescentes com os serviços de saúde.

A literatura (e.g., Andersen, 1995; Bensted, Hargreaves, Lombard, Kikelly & Viner, 2013; Britto, DeVellis, Hornung, DeFries, Atherton & Slap, 2004; Ferreira, 2001; Ginsburg et al., 1995; 1997 Hargreaves & Viner, 2012; Hargreaves et al., 2012; Jung, Baerveldt, Olesen, Grol & Wensing, 2003; Matos, et al., 2012; Marcell, Klein, Fischer, Allan, & Kokotailo, 2002; Marcel et al., 2007_b; Mauerhofer, Bertchold, Akre, Michaud & Suris, 2010, Paulus, Pestiaux & Doumenc, 2004; Pinto, 2004; Tatar, 2001; Vingilis, Wade & Seeley, 2007; Vo, et al., 2007) tem evidenciado que as expectativas, as preferências, a procura dos cuidados de saúde e/ou as barreiras a essa procura (Coker et al., 2010; Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Fink, 2009; Rew, Resnick & Beuhring, 1999; Wilson & Deane, 2001) assim como a satisfação com os mesmos, para além de se poderem influenciar mutuamente, podem ser influenciadas pela maturidade/desenvolvimento (idade), pela educação e contexto socio cultural do adolescente (género, nível socioeducacional), assim como pela sua situação de saúde (presença/ausência doença, doença aguda ou crónica, perceção subjetiva de QVRS) e experiência com os cuidados de saúde (frequência de utilização dos serviços, perceção da qualidade do atendimento pelos profissionais, situações de doença e internamento, entre outras). De forma particular, estas variáveis podem, por sua vez, influenciar a (in) satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde que constitui um importante determinante da sua procura e vice-versa (Anderson, Lampropoulos, Clarke & Kohn, 2007; Benkert et al, 2007, Caldow, et al., 2007; Ferreira et al, 2001; Freed, Ellen, Irwin & Millstein, 1998; Mah, Tough, Fung, Douglas-England & Verhoef, 2006).

Participantes

Este segundo estudo envolveu uma amostra de conveniência, constituída por adolescentes urbanos, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, a frequentarem escolas públicas e privadas da cidade de Lisboa, sendo que em cada escola participante no estudo a seleção das turmas foi aleatória.

Definiram-se como critérios de inclusão: adolescentes do 3º ciclo de ensino básico a frequentarem o 8º e 9º anos de escolaridade e o ensino secundário (10º, 11º e 12º ano de escolaridade) em escolas públicas e privadas de diferentes zonas do concelho de Lisboa com idades compreendidas entre os 13 e 18/19 anos. Os anos de escolaridade foram escolhidos por via do grupo etário pretendido.

Neste estudo a amostra total foi de 982 adolescentes, dos quais 563 raparigas (57,6%) entre os 13 e os 19 anos, com uma média de 15,2 anos ($M=15,22$; $DP=1,66$), a frequentarem seis escolas, cinco públicas e uma privada, da cidade de Lisboa. Relativamente aos anos de escolaridade, 45,8% (450) frequentavam o 8º e 9º ano, enquanto os restantes 54,2% (532) encontravam-se no ensino secundário. Pertenciam a diferentes níveis socio educacionais, 40,6% (396) a um nível baixo, 30,4% (296) médio e 29% (283) elevado.

A maioria dos adolescentes, 90,6% (885) era de nacionalidade portuguesa, enquanto 9,4% (92) eram de outros países Africanos, Brasil, Países de Leste e Espanha. Cerca de 98% residiam no centro da cidade, maioritariamente nas freguesias do Lumiar, Benfica, Marvila, Ameixoeira, Carnide, Charneca, Santa Maria dos Olivais e Campo Grande e Alvalade e 67% viviam em famílias nucleares, 28% dos pais eram divorciados e 19,3% dos adolescentes viviam em famílias monoparentais. De referir que 12% dos pais e 11 % das mães estavam desempregados.

Quanto à sua situação de saúde cerca de 38,9% (375) referiram um problema de saúde, entre os quais maioritariamente alergias, asma e outras doenças respiratórias, assim como problemas de visão e audição, entre outros menos frequentes como escoliose, outros problemas osteoarticulares, diabetes, epilepsia e problemas psicológicos. No entanto, mais de metade (59,2%) percecionava a sua saúde como muito boa ou excelente e apenas 1,8% (17) como má ou muito má.

Quanto à utilização dos serviços de saúde 31,2% (305) referiram que nunca ou raramente os usaram, 58,6% (574) foram às vezes e 10,2% (100) utilizaram-nos frequentemente. Referiram também ter experiência de internamento (42,9%),

maioritariamente um internamento, sobretudo por situações cirúrgicas, como apendicectomia e extração dos adenoides, ou por situações médicas como asma, infeções respiratórias, gastroenterites e/ou por traumatismos e lesões acidentais. Do total, 76% (745) referiram ter médico de família e 10,5% (103) não sabiam.

Construção dos instrumentos de recolha de dados

Neste segundo estudo, o questionário foi o tipo de instrumento considerado mais adequado, dada a natureza dos objetivos e o facto de se pretenderem resultados a partir de uma amostra mais alargada de adolescentes (Hill e Hill, 2002). Trata-se de um questionário multidimensional (Moreira, 2009) que contém um leque diversificado de variáveis em estudo e inclui várias escalas.

A ausência de instrumentos nacionais que permitissem responder às questões orientadoras e aos objetivos deste trabalho, impôs a sua elaboração. Esta decisão foi igualmente reforçada pelas ideias de alguns autores (Giannakopoulos et al., 2010; Jung et al., 2003; Vingilis et al., 2007; Vo et al., 2007; WHO, 2002) quando sugerem que as perspetivas dos jovens sobre os cuidados de saúde são bastante influenciadas por fatores de ordem sociocultural e experiencial. Daí a importância de usar instrumentos específicos à realidade de cada país (WHO, 2002) particularmente quando se trata dos primeiros estudos, à qual acresce o facto de Portugal não integrar a maior parte dos estudos internacionais realizados nesta área.

A construção do instrumento de recolha de dados, orientada pelos objetivos, seguiu algumas etapas como: Revisão da Literatura → Grupos Focais + Grupos Nominais → Desenho e Construção do Questionário → Entrevistas a peritos → Apreciação por um grupo juízes → Pré teste → Estudo Piloto → Análise de dados/Avaliação das qualidades psicométricas das escalas que o compõem.

Os resultados do estudo qualitativo constituíram um suporte fundamental quer através das temáticas, categorias e indicadores que emergiram das “falas dos adolescentes”, quer das respetivas prioridades que lhes atribuíram. Foram assim criadas algumas dimensões a estudar e reforçadas outras já previstas, tendo sido igualmente construídas as escalas que compõem o instrumento, nomeadamente as respeitantes às características dos profissionais e dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes e a das barreiras percebidas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde. Este processo seguiu de perto os conceitos e as linhas orientadoras que sustentaram algumas

investigações internacionais nesta área (Ayton, Mooney, Sillifant, Powls & Rasool, 2007; Booth et al., 2004; Britto et al., 2004; Coker, et al, 2010; Freed, Ellen, Irwin & Millstein, 1998; Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000; Ginsburg et al., 1995, 1997, 2002a; Gleeson & Robinson, 2002; Kuhl, Jarkon-Horlick & Morrissey, 1997; Phillips et al., 1998; Rew et al., 1999; Schauble et al, 2010; Tatar, 2001; Tivorsak, et al., 2004; Vo, et al., 2007; Wilson & Deane, 2001) cuja metodologia e parte dos instrumentos utilizados constituíram referências importantes.

Apresenta-se em seguida o questionário a par de alguns pressupostos que estiveram na base da sua construção. O questionário inclui questões abertas e, na sua maioria, fechadas e compreende uma grande diversidade de variáveis. Foi organizado em várias partes que seguiram os objetivos e, apesar de distintas, são complementares (apêndice E).

O questionário inicia-se, como habitualmente, com uma introdução explicativa do estudo e seus objetivos, solicita-se a colaboração reforçando a sua importância, e é salvaguardada a confidencialidade e o anonimato das respostas. Antes de começar o questionário existe igualmente um pequeno preâmbulo apelando às suas ideias e experiências nos cuidados de saúde. Explicitando que nos serviços de saúde incluem-se urgências, centros de saúde, hospitais, clínicas, entre outros; e relembram-se alguns profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dietistas, entre outros.

Como referido, o questionário é composto por cinco partes, cada uma das quais tem previamente as instruções respetivas para o seu preenchimento.

- Parte I: Frequência de utilização e motivos de procura dos serviços de saúde pelos adolescentes.

A importância de conhecer a utilidade que os adolescentes atribuem aos serviços de saúde concretizou-se numa questão com uma escala tipo likert com cinco opções de resposta (*1=Nada úteis a 4=Muito úteis*, havendo a opção “*Não sei*”). No tratamento de dados esta variável assume três níveis (*Nada/pouco úteis; Úteis; Muito úteis*).

Pretendia-se igualmente caracterizar a experiência, habitual e recente, dos adolescentes com os serviços de saúde, por ser uma variável importante a estudar nomeadamente em associação com outras variáveis em estudo.

A experiência prévia tem uma importante contribuição na formação das expectativas, designadamente na expectativa de resultado (Bandura, 1977) enquanto

associada à possibilidade de concretização dos seus desejos ou preferências, no sentido de obter benefícios que podem influenciar a sua intenção de (não) procura dos serviços de saúde (Becker & Maiman, 1975). Daí também a importância do grau de satisfação que envolve a avaliação subjetiva da experiência tendo como referência as expectativas e as preferências (Jung et al., 2003), que se inclui neste instrumento e que adiante abordaremos.

A construção destas questões relativas à utilização dos serviços de saúde teve por base alguns estudos (e.g., Vingilis et al., 2007) e instrumentos de recolha de dados nesta área, como o Young Adult Health Care Survey (YACHS, 1999).

Os indicadores da experiência com os cuidados de saúde incluem:

-) A frequência habitual de utilização dos serviços de saúde, avaliada pela questão “*Costumas ir aos serviços de saúde?*”, com uma escala de 4 pontos (1=*Nunca*; 2=*Raramente*; 3=*Às vezes*; 4=*Frequentemente*). Também esta variável foi, por vezes, agregada em três níveis, associando os dois primeiros.

-) A experiência recente com diferentes serviços de saúde, sendo “os últimos 12 meses” o período temporal considerado para a última ida/visita do adolescente aos serviços, onde se incluíram a urgência, hospital, centro de saúde e médico privado (clínica ou consultório particular). Um exemplo entre as quatro questões “*Nos últimos 12 meses, quantas vezes foste ao centro de saúde (consulta médica, enfermagem, vacinação...)*”, todas elas com quatro opções de resposta (0 vezes; 1 vez; 2-3 vezes e 4 ou (+) vezes).

Quanto aos motivos atuais de procura (últimos 12 meses) apresenta-se uma lista de possíveis situações como estar doente, fazer vacinas, consulta de rotina/vigilância saúde, querer falar sobre problemas/ter necessidade de informação e conselhos, entre outras, podendo assinalar-se mais do que uma opção. O mesmo foi feito relativamente ao atendimento pelos vários profissionais, pedindo-se para assinalarem por quem tinham sido atendidos nos últimos 12 meses, considerando o médico de família, pediatra, enfermeiro, psicólogo, dentista, entre outros. Também foi perguntado se tinham médico de família e/ou pediatra.

• Parte II: Preferências dos adolescentes em relação aos profissionais e aos serviços de saúde.

Seguindo o conceito de preferências de Jung e colegas (2003) “*patient preferences are ideas about what ought to happen*” (2003, p. 161), onde a ligação às ideias do que é desejável acontecer pressupõe a associação às crenças e às expectativas

(enquanto resultado antecipado de uma situação probabilística), neste caso, dos adolescentes, nomeadamente relacionadas com os serviços e com os profissionais de saúde. Com a orientação dos objetivos pretendia-se construir um conjunto alargado de itens que permitisse identificar as dimensões mais valorizadas pelos adolescentes, quer em relação às características e atitudes dos profissionais de saúde, quer às condições e funcionamento dos serviços de saúde. Como já anteriormente referido, na base desta construção estiveram as ideias dos adolescentes, organizadas em categorias e indicadores, que emergiram do primeiro estudo de natureza qualitativa.

Foram também fundamentais os trabalhos de Ginsburg e colegas (1995, 1997, 2002) e de outros realizados posteriormente (Tivorsak et al., 2004; Vo et al., 2007) onde os autores estudaram as perspetivas dos adolescentes sobre as características dos profissionais e dos serviços de saúde dos adolescentes, enquanto fatores influentes na decisão de procura dos cuidados de saúde, bem como os estudos sobre preferências dos adolescentes em relação aos cuidados de saúde (Britto et al., 2004; Schaeuble et al., 2010). Estes estudos, que deram consistência à maioria dos resultados obtidos nos grupos de discussão, foram também uma importante referência na organização das escalas.

Construíram-se duas escalas: uma designada como Qualidades dos Profissionais de Saúde (QPS), composta por 44 itens, referindo-se a qualidades desejadas pelos adolescentes nos profissionais que incluem atitudes relacionais e comunicacionais, de competência técnica e experiencial, e algumas características físicas; a outra escala, com a designação de Qualidades dos Serviços de Saúde (QSS), consiste em 22 itens com referência a qualidades desejadas pelos adolescentes no que diz respeito aos serviços de saúde, que inclui aspetos de funcionamento, acesso e disponibilidade de cuidados de saúde bem como condições físicas e de higiene.

A resposta era dada numa escala de tipo Likert, com cinco pontos, onde se pretendia que os adolescentes expressassem o grau de importância que atribuíam a cada um dos itens (*1=Nada Importante; 2= Pouco Importante; 3=Importante; 4=Muito Importante; 5=Muitíssimo Importante*).

- Parte III: Satisfação dos adolescentes com os serviços em geral e com os profissionais de saúde.

Nesta parte solicitava-se aos adolescentes que fizessem a avaliação subjetiva das experiências que têm tido, através da satisfação percebida com os cuidados de saúde.

A satisfação é um conceito de natureza subjetiva e está associada às expectativas e aos desejos (Mendes, Mantovani, Gémito & Lopes, 2013; Miranda, 2001). A qualidade dos cuidados de saúde impõe o conhecimento do grau de satisfação dos indivíduos a quem esses cuidados se destinam (Ferreira, 2001; Ferreira et al., 2001; Mah et al., 2006; Mendes, et al., 2013) sendo importante, neste caso, a opinião dos adolescentes relativamente aos serviços de saúde (local/ambiente) onde são disponibilizados os cuidados de saúde e em relação a quem presta esses mesmos cuidados, ou seja os profissionais de saúde (Ginsburg et al., 1995; Tatar, 2001), mas os adolescentes parecem dar mais importância às características dos profissionais do que propriamente às condições dos serviços em geral (Ginsburg et al., 1997). Alguns estudos (e.g., Freed et al., 1998) sugerem que as percepções dos adolescentes acerca do comportamento do profissional revelam ser um importante determinante da sua satisfação com os cuidados de saúde, estando a satisfação associada à intenção de procura.

Esta primazia pelos profissionais foi o motivo para avaliar a satisfação com os serviços em geral, apenas com duas questões, enquanto seis foram destinadas aos profissionais considerados pelos adolescentes, no estudo qualitativo, como mais importantes (médico, enfermeiro e psicólogo).

Para cada uma destas situações (serviços em geral e cada um dos três profissionais em particular) foram elaboradas duas questões: uma fechada para a qual foi utilizada uma escala tipo Likert com 5 pontos (*1=Nada Satisfeito; 2= Pouco Satisfeito; 3=Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito; 4=Muito Satisfeito; 5=Totalmente Satisfeito*; havendo a possibilidade de resposta *0=Nunca estive/Não me lembro*); e uma questão aberta, com espaço limitado, onde se pedia que referissem a um ou dois aspetos que justificasse a sua escolha. Para efeito de tratamento de dados estas variáveis, por vezes, irão assumir quatro níveis (*1=Nada/Pouco satisfeito; 2=Nem satisfeito Nem insatisfeito; 3= Muito Satisfeito; 4=Totalmente Satisfeito*).

- Parte IV: Barreiras à procura dos serviços de saúde percebidas pelos adolescentes

Para identificar o conjunto de obstáculos ou motivos pelos quais os adolescentes não procuram ou procuram pouco os serviços de saúde, e com o objetivo de construir um conjunto de itens a integrar no questionário, foram tidos em conta os dados recolhidos no estudo qualitativo anterior. Embora não tivesse sido clarificado um objetivo neste sentido, as verbalizações dos adolescentes nos grupos de discussão, por

oposição/paradoxalmente às características e qualidades preferidas, na apreciação que fizeram do funcionamento dos serviços e, designadamente, sobre as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, relataram uma série de experiências negativas, onde referiram diversos aspetos que apontavam ser desfavoráveis à qualidade dos cuidados de saúde e funcionar como obstáculos à sua procura.

Em grande parte, a informação recolhida é sustentada pela literatura. A investigação nesta área é vasta e especificamente a dirigida aos adolescentes tem aumentado na última década. Chung e colegas (2006), numa revisão de literatura, identificaram como principais barreiras à qualidade dos cuidados a falta de tempo para o atendimento, o facto de não conhecer o profissional que o atende bem como não ter conhecimento sobre a sua competência, a linguagem por eles utilizada e a falta de privacidade.

Outros autores preocupados com a qualidade, o acesso e a procura dos cuidados de saúde primários pelos adolescentes (e.g., Bernard et al., 2004; McPherson, 2005), a partir dos resultados dos seus trabalhos, incluem outros aspetos como o não conhecer os serviços de saúde, as dificuldades no acesso e fatores de ordem estrutural tais como os custos associados, os transportes e o horário de atendimento e o tempo de espera. Reforçam alguns aspetos ligados à comunicação com os profissionais como o uso de linguagem pouco clara, as preocupações com a confidencialidade, a confiança e o anonimato para abordarem problemas de ordem pessoal “mais sensíveis” e o receio que a informação seja dada aos pais e professores, e questões do consentimento parental, pois preocupam-se com o facto de poderem ser vistos quando vão aos serviços. Referem ainda que os profissionais são, por vezes, hostis e pouco simpáticos.

Também ao nível das questões relacionadas com a saúde reprodutiva, a confidencialidade e privacidade representam uma das principais barreiras ou preocupações dos adolescentes ao recorrerem aos serviços de saúde e manifestam a necessidade de haver serviços específicos para eles (Agampodi, Agampodi & UKD, 2008). Há ainda a acrescentar a timidez ou vergonha para se dirigirem aos cuidados de saúde, a possibilidade de terem encontros indesejados, como com os próprios pais, e o facto de os rececionistas serem antipáticos (Gleeson, et al., 2002; Yu et al., 2008). Menos referido é o facto de ter medo do que os profissionais podem dizer e fazer, pensarem que eles não os podem ajudar e ainda acreditar que o problema vai desaparecer (Rew, Resnick & Beuhring, 1999; Yu et al., 2008).

Os dados obtidos no estudo qualitativo complementados e fundamentados pela literatura deram corpo à construção da escala de Barreiras Percebidas pelos Adolescentes na Procura dos Serviços de Saúde (BPAPS) que faz parte do instrumento.

É composta por 26 itens, onde se pretendeu incluir os principais aspetos referidos. Utilizou-se uma escala tipo Likert, com cinco pontos, onde os adolescentes expressavam o seu grau de concordância em relação a cada um dos itens (*1=Discordo Totalmente; 2= Discordo; 3=Não Concordo nem Discordo; 4=Concordo; 5=Concordo Totalmente*). Antes da apresentação desta escala colocou-se uma questão fechada no sentido de conhecer a opinião dos adolescentes sobre a frequência de procura dos serviços de saúde pelos adolescentes, com uma escala de resposta semelhante.

- Parte V: Caracterização sociodemográfica e da situação de saúde dos adolescentes e avaliação subjetiva do estado de saúde

Esta última parte do instrumento incluiu dados relativos à caracterização sociodemográfica dos adolescentes como: idade, sexo, nacionalidade, freguesia ou conselho de residência, ano de escolaridade e agrupamento de estudos que estava a frequentar. E ainda de dados sobre a família: grau de escolaridade da mãe e do pai, profissão de cada um deles e situação de emprego; estado civil e constituição do agregado familiar. Na sua maioria as questões são fechadas, com várias opções de resposta. Em relação à idade foram criadas duas categorias: 13 a 15 anos e 16 a 19 anos.

A variável Nível Socio Educacional (NSE) foi construída a partir de quatro variáveis, nível de escolaridade da mãe e o do pai com a profissão da mãe e a do pai (Cronbach's $\alpha=.90$), tendo-se agregado em três níveis: baixo (até ao 9º ano de escolaridade e quatro grupos profissionais incluindo trabalhadores não qualificados e profissionais qualificados da indústria, agricultura e proteção e segurança); médio (inclui do 10º ao 12º ano e ensino técnico e profissional, associado a profissões como pessoal administrativo e técnicos e profissões de nível intermediário); elevado (pais com licenciatura, mestrado ou doutoramento e pertencentes a um de três grupos profissionais como especialistas das atividades intelectuais e científicas, representantes dos órgãos legislativos e executivos e forças armadas). Na definição dos grupos profissionais foi utilizada a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (CPP/2010).

Considerou-se também importante o conhecimento da situação de saúde dos adolescentes. Para essa avaliação introduziram-se três questões: uma para identificar a presença ou ausência de doença e, em caso afirmativo, qual o tipo de doença, onde se apresentavam como categorias as patologias mais frequentes na adolescência

(asma/doenças respiratórias, alergias, diabetes, problemas de audição/visão, epilepsia e problemas psicológicos, ou outra situação); outra para conhecer a experiência de internamento do adolescente e, em caso afirmativo, questionava-se o número de vezes e o motivo. A variável número de vezes de internamente, no tratamento de dados, assumiu três categorias (*1=Uma vez; 2= duas a três 3 vezes; 3=quatro vezes ou mais*”).

Em relação à fonte preferida pelo adolescente para falar quando tem dúvidas ou problemas de saúde, elaborou-se uma questão aberta (*“Quando tens dúvidas ou problemas relacionados com a tua saúde, com quem gostas mais de falar?”*).

No sentido de conhecer a avaliação subjetiva da situação geral de saúde, à semelhança do YACHS (1999) introduziu-se uma questão *“Em geral, como descreves a tua saúde?”* com uma escala de resposta com cinco pontos (*1=Muito Má; 2=Má; 3=Boa; 4=Muito Boa; 5=Excelente*).

Como anteriormente referido, a construção deste instrumento seguiu algumas etapas que, pela sua importância, merecem referência. Antes da versão final apresentada, foi solicitada a colaboração e apreciação, através de entrevista, a três peritos na área dos adolescentes (Saúde e Educação). Foram obtidos pareceres bastante concordantes com a versão do questionário apresentada, pese embora tenham sido dadas sugestões relativas a algumas das questões abertas, como nas que dizem respeito à satisfação, e particularmente aos itens respeitantes às características e atitudes dos profissionais, todas elas consideradas.

Finalizado o questionário, três das escalas que o integram (características dos profissionais e condições dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes e barreiras à procura dos serviços de saúde percebidas pelos adolescentes) foram submetidas à apreciação de cinco juizes considerados peritos em saúde e desenvolvimento do adolescente, uns com experiência académica e outros de prática clínica com a população juvenil (psicólogos, enfermeiros e médico). Nesta validação qualitativa era pedido aos peritos que classifikassem cada um dos itens numa escala de 1 a 3 pontos (muito, razoável e pouco) de acordo com os critérios de relevância e clareza, havendo uma coluna destinada às respetivas sugestões. Pedia-se também aos juizes que se pronunciassem sobre as instruções de preenchimento de cada uma das escalas.

Os pareceres com as sugestões de alteração foram fundamentais. Identificou-se a repetição de ideias em alguns itens das escalas, a retirar, e incorreções na redação havendo assim necessidade de clarificar, ou mesmo alterar o conteúdo de vários itens

como o de alguns que estavam formulados na negativa em duas das escalas. Por exemplo, num item da escala relativa aos profissionais “não fazer erros” passou a ler-se “fazer o seu trabalho sem errar”. Acrescentaram-se ainda alguns itens e foram consideradas as sugestões dadas relativamente a algumas das instruções de preenchimento. No final os itens das três escalas foram organizados aleatoriamente.

A considerada versão final do questionário foi submetida a um pré teste, aplicando-se a 17 adolescentes com características semelhantes às previstas para a amostra do estudo, de modo a aferir a compreensão das instruções, das questões e do vocabulário utilizado assim como o tempo médio despendido, sobretudo para os adolescentes mais novos. Foram feitos pequenos ajustamentos nomeadamente numa das instruções de preenchimento.

Posteriormente, com a pretensão de verificar as qualidades do instrumento, no sentido da sua adequação à população a que se destina, realizou-se um estudo piloto onde a dimensão da amostra, embora com características semelhantes à amostra a utilizar no estudo alargado, foi mais reduzida do que o previsto. Foram 76 adolescentes, 40 % rapazes e 60% raparigas, entre os 13 e 18 anos a frequentarem três turmas, do 8º, 9º e 11º ano de escolaridade de uma escola secundária de Lisboa, que participaram no preenchimento do questionário na presença do investigador. Surgiram pequenas dúvidas, sobretudo nos adolescentes mais novos, no que dizia respeito à experiência com os cuidados de saúde, ao nível da possibilidade de atendimento por médico pediatra que, estando contemplada na opção “médico especialista (pediatra, etc...)” parecia suscitar alguma confusão, pelo que a condição de ser atendido por pediatra foi incluída como uma opção isolada.

A fim de avaliar a homogeneidade do conjunto dos itens de cada uma das escalas, ou seja a sua fiabilidade, calculou-se o alfa de Cronbach para cada uma das três escalas: a das características e atitudes dos profissionais de saúde preferidas pelos adolescentes, com 44 itens, $\alpha=0,941$; a das condições dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes, com 22 itens, $\alpha=0,890$; e a escala das barreiras à procura dos serviços de saúde percebidas pelos adolescentes, com 26 itens e $\alpha=0,938$. Verificaram-se assim valores que apontam para elevados níveis de consistência interna do conjunto dos itens de cada uma das escalas incluídas no questionário.

Em síntese, apresenta-se a descrição das variáveis com os respetivos indicadores de avaliação que segue, na generalidade, a ordem do questionário.

Tabela 6. Variáveis e respectivos indicadores de avaliação

PARTE I	
Utilização e motivos de procura dos serviços de saúde	. Experiências de saúde através da frequência de utilização e dos motivos de procura dos serviços de saúde; . Perceção da utilidade dos serviços para os adolescentes da mesma idade; . Atendimento por profissionais.
Utilidade dos serviços de saúde	1 Questão (escala Likert 1-4 pontos)
Frequência de utilização habitual serviços saúde	1 Questão (escala Likert 1-4 pontos)
Experiência recente nos diferentes serviços saúde	4 Questões (escala Likert 1-4 pontos)
Motivos de procura dos serviços saúde	1 Questão (8 situações de resposta)
Atendimento (profissionais)	3 Questões (várias alternativas de resposta)
PARTE II	
Preferências em relação aos profissionais e aos serviços de saúde	. Características e atitudes dos profissionais de saúde preferidas pelos adolescentes; . Condições dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes.
Preferências relativas aos profissionais saúde	Escala com 44 itens (escala Likert 1-5 pontos)
Preferências relativas aos serviços saúde	Escala com 22 itens (escala Likert 1-5 pontos)
PARTE III	
Satisfação com os profissionais e os serviços de saúde	. Satisfação percebida com diferentes profissionais de saúde (médico, enfermeiro e psicólogo); . Satisfação percebida com os serviços de saúde.
Satisfação com os profissionais de saúde	3 Questões fechadas (escala Likert 0-5 pontos) 3 Questões abertas (justificação das fechadas)
Satisfação com os serviços de saúde em geral	1 Questão fechada (escala Likert 0-5 pontos) 1 Questão aberta (justificação das fechadas)
PARTE IV	
Barreiras à procura dos serviços de saúde	. Motivos que podem levar os adolescentes a não procurarem os serviços de saúde
Perceção sobre a não procura dos serviços de saúde pelos jovens	1 Questão fechada (escala Likert 0-5 pontos)
Barreiras/obstáculos percebidos à procura dos serviços de saúde	Escala com 26 itens (escala Likert 1-5 pontos)
PARTE V	
Caracterização sociodemográfica Caracterização da situação de saúde e percepção do estado geral de saúde	. Idade, sexo, nacionalidade, freguesia residência, NSE e estado civil país, ano escolaridade, agregado familiar . Presença/ausência de doença e internamento; . Avaliação subjetiva da situação de saúde
Caracterização socio demográfica	12 Questões fechadas e mistas
Caracterização da situação de saúde	2 Questões fechadas e 1 mista
Fonte preferida para falar sobre saúde	1 Questão aberta
Avaliação subjetiva da situação geral de saúde	1 Questão fechada (escala Likert 0-5 pontos)

Procedimentos

Concluídos os instrumentos de recolha de dados, o projeto do estudo foi submetido à aprovação da Direção Geral da Educação do Ministério da Educação e Ciência, cuja futura aplicação nas escolas dependia, em primeiro lugar, da aprovação deste organismo.

Em simultâneo, procedeu-se à seleção das escolas incluindo as várias zonas de Lisboa e diferentes freguesias, tendo como referência o critério utilizado na criação dos ACES que abrangiam o concelho de Lisboa (Lisboa Norte, Oriental e Central). Do conjunto das escolas de Lisboa, de grande dimensão, escolheram-se as que abrangiam o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, de modo a incluírem os grupos etários que se pretendiam na amostra e, entre estas, as que tivessem uma população com nível socioeconómico heterogéneo.

Foram contactados os respetivos conselhos executivos e/ou os professores responsáveis pela coordenação do Programa de Educação para a Saúde na escola a quem se apresentava sumariamente o projeto. Algumas das escolas contactadas revelaram dificuldades de vária ordem para a aplicação dos instrumentos do estudo, e outras não responderam ao pedido solicitado. A seleção correspondeu assim à vontade e disponibilidade expressa por cada escola para colaborar no estudo e à respetiva autorização dos Conselhos Executivos ao pedido formal para participação no estudo, particularmente na aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Participaram seis escolas maioritariamente secundárias, cinco públicas e uma privada do concelho de Lisboa.

Passou-se à seleção dos participantes em colaboração com os professores coordenadores do PES. Esta seleção foi realizada por turmas, de forma aleatória, uma ou duas turmas por ano de escolaridade (do 8º ao 12ºano) dependendo do número de estudantes por escola, entre um mínimo de cinco e um máximo de dez turmas por escola. Seleccionadas as turmas foram entregues os questionários respetivos, cabendo às escolas e aos professores fornecer a informação e obter a respetiva autorização dos encarregados de educação para a participação dos adolescentes no estudo. O questionário foi aplicado durante o ano 2012, sobretudo nos meses que antecederam as férias da Páscoa.

Foram aplicados e recolhidos 1038 questionários preenchidos pelos adolescentes, entre os quais 56 (5,4%) foram anulados por estarem muito incompletos e/ou rasurados e com muitas respostas ilegíveis. Assim, foram considerados válidos 982 questionários que constituíram a amostra total.

A aplicação foi efetuada em sala de aula durante um tempo letivo. Não houve limite de tempo para o seu preenchimento, mas em média os estudantes responderam em 30 minutos, variando entre 20 a 40 minutos, e tendo sido habitualmente mais

demorado nos 8º e 9º ano de escolaridade. Foram utilizadas duas versões diferentes do questionário no sentido de diminuir o efeito de ordem nas respostas.

Os professores que colaboraram na aplicação do questionário desempenharam um papel fundamental no assegurar das condições adequadas ao seu preenchimento e recolha. Para que existissem condições de aplicação semelhantes foram distribuídas instruções escritas relativas à necessidade de explicitação do anonimato e preenchimento voluntário (reforçando o escrito no cabeçalho do instrumento), assim como ao processo da sua aplicação. A cada professor foi distribuído um envelope por turma contendo um número fixo de questionários e uma folha de instruções cujo verso se destinava a um breve registo (apêndice F), a ser efetuado pelo professor, que permitia obter informação sobre o momento de aplicação (número total de estudantes, ausências e/ou desistências, tempo médio de preenchimento e dúvidas colocadas ou outros problemas que eventualmente surdissem). Após o preenchimento os questionários eram colocados no “envelope-turma” fechado no local da aplicação.

Não houve recusas nem desistências por parte dos alunos, embora tenha havido menos presenças do que o previsto, devido a faltas de estudantes às aulas nos dias da aplicação do instrumento. Na generalidade não se colocaram questões ao nível do seu preenchimento.

Tratamento e análise dos resultados

Procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis mensuráveis do estudo e a análise inferencial utilizando-se os testes estatísticos adequados à concretização dos objetivos e às características das variáveis consideradas.

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa estatístico *IBM® SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 20 e 21.

Faz-se aqui uma referência geral aos métodos usados no tratamento de dados, visto que a identificação mais detalhada dos testes estatísticos utilizados será efetuada nos respetivos subcapítulos.

Procedeu-se a análises univariada, bivariada e multivariada onde, para todos os testes estatísticos, foi 0,05 o nível de significância tomado como referência. Na análise de correlação bivariada foram utilizados os coeficientes *ró de Spearman* ou *r de Pearson* consoante a natureza das variáveis.

Nas diferentes escalas construídas, como anteriormente referido, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória em componentes principais seguida de rotação ortogonal (*Varimax*), para cada uma das três escalas, no sentido de reduzir o número elevado de itens/variáveis a um conjunto menor de fatores subjacentes, que passaram a ser consideradas como variáveis dependentes. Os fatores foram retidos quando o valor próprio (*eigenvalues*) era superior a 1, e os itens eram pertença de um fator quando obtinham um peso fatorial (*loading*) superior a 0,40 (Field, 2013). Quando o peso fatorial de um item era superior a este valor em mais do que um fator a sua pertença foi definida pelo fator onde o peso era mais elevado e se a diferença era inferior a 0,10 o item era removido, com raras exceções onde a opção foi teórica.

Na exploração e análise das relações entre as diferentes variáveis dependentes e independentes em estudo, no cumprimento dos objetivos definidos, começou-se pela verificação dos pressupostos necessários à utilização dos testes paramétricos, pela verificação da normalidade nas distribuições com o teste *Kolmogorov-Smirnov* e da homogeneidade de variâncias com o teste *Levene*. Como algumas variáveis dependentes não cumpriam os pressupostos da normalidade começou-se por realizar análises com testes não paramétricos tendo-se verificado, em seguida, com a utilização de testes paramétricos que os resultados eram bastante semelhantes. Esta condição associada à vasta dimensão da amostra, fazendo apelo à teoria do limite central (Wilcox citado por Field (2013), e dada a sua potência motivou a segunda opção, tendo-se utilizado os dados resultantes destes testes (*t-Student* e análises de variância (ANOVAs) que são testes robustos ao erro tipo I mesmo quando as distribuições sob estudo apresentam algum enviesamento (Marôco, 2007). No entanto, sempre que a natureza da variável não o permitia, utilizaram-se testes não paramétricos como o teste de independência do Qui-quadrado, teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis*.

Recorreu-se igualmente a análises de variância multivariada (MANOVA) para verificar e analisar as diferenças entre as dimensões ou fatores extraídos das análises fatoriais de cada uma das escalas e as variáveis independentes consideradas, neste caso as sociodemográficas (idade, género e NSE). As MANOVAS foram conduzidas utilizando-se como referência o *Pillai's trace*.

Quando na MANOVA foram observados efeitos estatisticamente significativos, procedeu-se à ANOVA para cada uma das variáveis dependentes (Field, 2013; Marôco, 2007), seguida do teste *post-hoc HSD* de *Tukey* ou *Games-Howell* quando a igualdade

de variâncias não era assumida, o que permitiu as comparações múltiplas de médias par a par, detetando diferenças na variância das médias entre os grupos.

Em relação às questões abertas utilizadas no conjunto do questionário as respostas dos adolescentes foram analisadas qualitativamente recorrendo à análise de conteúdo, com base em Bardin (1991). Procedeu-se ao tratamento da informação, reduzindo-a e tentando condensá-la, definindo categorias que estruturassem as ideias e pensamentos dos adolescentes, e quantificando-a através das frequências.

Em suma, este estudo inclui três domínios que se salientam na área dos cuidados de saúde ao adolescente que, embora distintos, são complementares à compreensão da problemática em estudo. Passam a referir-se, a par dos objetivos específicos.

-) As características e atitudes dos profissionais e condições dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes:

- Identificar as dimensões das preferências mais valorizadas pelos adolescentes e a sua prevalência no conjunto das características e atitudes dos profissionais e das condições dos serviços de saúde;
- Analisar possíveis diferenças nas dimensões emergentes em função da idade, género, NSE e frequência de utilização dos serviços de saúde;
- Verificar eventuais diferenças na frequência de utilização dos serviços de saúde em função da idade, género e NSE.

-) As barreiras percebidas na procura dos serviços de saúde pelos adolescentes:

- Identificar os motivos de procura e as barreiras percebidas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde;
- Estudar a relação entre as dimensões das barreiras identificadas e a idade, género, NSE, frequência de utilização dos serviços e motivos de procura.

-) A satisfação dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde:

- Conhecer o grau de satisfação dos adolescentes com os serviços de saúde em geral e alguns profissionais de saúde em particular e os motivos subjacentes;
- Compreender a (in)satisfação à luz dos motivos explicitados pelos adolescentes
- Explorar a relação entre a (in)satisfação e, a idade, género e o NSE.

3.4. Considerações Éticas

Os procedimentos éticos inerentes a uma investigação desta natureza foram cumpridos. Nos dois estudos referidos foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato a todos os participantes e respetivos encarregados de educação, assim como a liberdade de escolha na sua participação, quer por recusa quer por desistência durante o processo de recolha de dados, acautelando-se sempre a ausência de consequências nefastas associadas a estas situações.

Tratando-se da população juvenil, a maioria adolescentes com idade inferior a 18 anos, foi salvaguardado não só o consentimento informado por parte dos adolescentes, como dos seus pais/encarregados de educação.

O projeto de investigação foi aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior ao abrigo do PROTEC; (Referência: SFRH/PROTEC/67923/2010). Igualmente aprovado, para a recolha de dados, pela Direção Geral da Educação do Ministério da Educação e Ciência - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (Nº de Inquérito: 0253200001). Todas as escolas que participaram no estudo tiveram conhecimento do projeto, e os respetivos Conselhos Executivos autorizaram a recolha de dados, sob a condição de autorização da Direção Geral da Educação, responsabilizando-se, no caso do estudo quantitativo, pela informação e autorização dos pais para que os filhos colaborassem no estudo. O processo de recrutamento, seleção e recolha de dados nas escolas foi mediado pelos professores responsáveis pela coordenação do PES.

No estudo qualitativo foram, nas duas fases que o incluem, pedidas autorizações com consentimento informado escrito aos adolescentes (apêndice G) e aos pais/encarregados de educação (apêndice H). Elaboraram-se cartas de pedido de autorização para os adolescentes participarem no estudo (aos pais e aos próprios adolescentes), incluindo um destacável que permitia uma resposta devidamente assinada, assim como o registo dos seus contactos pessoais para confirmação da presença nas entrevistas de grupo. Os contactos telefónicos personalizados aos adolescentes e pais, para confirmar a presença do adolescente, permitiram não só reforçar a informação sobre o estudo e o modo como as sessões iriam decorrer, mas constituíram momentos cruciais no esclarecimento de dúvidas aos pais sobre algumas especificidades do estudo.

CAPÍTULO 4
PREFERÊNCIAS, BARREIRAS PERCEBIDAS E
SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES COM OS
CUIDADOS DE SAÚDE

4.1. Qualities of healthcare providers and services preferred by Portuguese adolescents

Abstract

We explored Portuguese adolescents' preferred qualities of health providers and healthcare services and examined the differences in these preferences according to demographic factors and frequency of services use. A total of 982 adolescents, aged 13 to 19 years old, completed a questionnaire developed for this study, including two scales, Health Providers Qualities (HPQ) and Healthcare Services Qualities (HSQ) and based on a previous qualitative study. Socio-demographic, educational information and frequency of use were collected. The qualities valued in health providers and services are fairly consistent and similar to international studies. Hygiene and infection control, professional and technical competency and interpersonal relationship for the provider and organizational conditions of accessibility and availability, privacy and confidentiality for the services, received higher ratings. Some of these dimensions differed according to age, gender, socio-educational level and frequency of utilization. Portuguese urban adolescents have clear ideas regarding their preferred characteristics of healthcare providers and services and their answers are much similar to studies in other countries. These findings offer important information to support the practice and training of health professionals and the organization of health services.

Key words: Adolescent; healthcare provider; health services; qualities; preferences.

Resumen

En este estudio exploramos las cualidades de los profesionales y servicios de salud preferidas por los adolescentes portugueses y examinamos las diferencias en estas preferencias de acuerdo a factores sociodemográficos y frecuencia de uso de los servicios. Un total de 982 adolescentes (13 a 19 años) completó un cuestionario elaborado para este estudio, incluyendo dos escalas, Cualidades de los Profesionales de Salud (HPQ) y Cualidades de los Servicios Sanitarios (HSQ) y con base en un estudio cualitativo anterior. Se recogieron información socio-demográfica y educativa y la frecuencia de uso. Las cualidades valoradas en los profesionales y en los servicios de salud son bastante consistentes y similares a otros estudios internacionales. Higiene y control de la infección, competencia profesional y técnica y la relación interpersonal con el profesional, así que las condiciones organizativas de accesibilidad y disponibilidad, privacidad y confidencialidad de los servicios, recibieron calificaciones más altas. Algunas de estas dimensiones difieren según la edad, sexo y nivel socio-educativo y frecuencia de uso. Adolescentes urbanos portugueses tienen ideas claras con respecto a sus características preferidas de los profesionales y los servicios de salud y sus respuestas son similares a estudios en otros países. Estos resultados ofrecen información importante para apoyar la práctica y la formación de los profesionales y la organización de servicios de salud.

Palabras clave: Adolescente; profesional de salud; servicios de salud; cualidades; preferencias.

Introduction

Adolescence is a time of acquisition of new health habits and patterns of health care use with increasing autonomy and control, and these behaviours tend to continue throughout adult life (Freake, Barley and Kent, 2007; Sawyer et al., 2012; Vingilis, Wade, and Seeley, 2007). Adolescents are one of the least likely age groups to attend primary care appointments (American Academy of Pediatrics, 2008; National Research Council and Institute of Medicine, 2009) and they tend to seek healthcare services mainly for emergency care (Weiss, D'Angelo, and Rucker, 2014), suggesting that their low use of services cannot be solely explained by good health and reduced need (Tivorsak, Britto, Klostermann, Nebrig and Slap, 2004).

Portuguese youth tend to underuse health services, particularly for health promotion (ARSLVT, 2013; Direção Geral da Saúde (DGS, 2006; Instituto Nacional de Estatística, 2009; Machado, Alves and Couceiro, 2011), similarly to what happens in other western countries (Hargreaves and Viner, 2012; Ma, Wang and Stafford, 2005; Nordin, Solberg, and Parker, 2010). Healthcare providers estimate that adolescents seek primary care less than what would be desirable to prevent health problems and achieve fundamental promotion goals (DGS, 2006). This is particularly relevant because these young people may be missing important opportunities to have positive encounters with providers and learn more about healthy lifestyles and effective strategies to cope with risks and clarify their health concerns (Ordem dos Enfermeiros, 2010; DGS, 2013_b; Oser, Adams and Gardner, 2011). Regular visits to health services may be particularly relevant, considering that adolescents who have positive early experiences with providers are more likely to continue seeking professional help in the future (Freake et al., 2007).

This underuse of primary healthcare is a widespread phenomenon with multiple causes and determinants. Although objective reasons, relating to the organization or to the economic accessibility of services are certainly most relevant, some authors argue that the healthcare preferences of adolescents are crucial to their decision to seek preventive care (Ginsburg, Slap and Cnaan, 1995; Ginsburg, Forke, Cnaan, and Slap, 2002; Ginsburg, Menapace, and Slap, 1997; Haller, Sanci, Patton and Sawyer, 2007; Schaeuble et al., 2010). Yet, adolescents are seldom consulted as healthcare consumers and clients (Jedeloo, van Staa, Latour, and van Excel, 2010). Recently, a U.K. survey supported the view that healthcare services are designed primarily considering the needs

of older people and that youth tend to consistently report worse health experiences than adults (Hargreaves and Viner, 2012).

In the last two decades, research has identified youth views concerning some characteristics of healthcare providers and services that would make these more attractive and approachable to them (Curtis, Liabo, Roberts, and Barker, 2004; Ginsburg et al., 1995; 2002; 1997; Robinson, 2010; Tivorsak et al. 2004) either by questioning adolescents when using primary care services (Haller et al., 2007; Schaeuble et al., 2010) or by studying community samples in a school setting (Ginsburg et al., 1995; 2002; 1997; Hardoff, Tamir and Snir, 2006; Vo, Pate, Zhao, Siu and Ginsburg, 2007). Overall, these studies show preferences related to physical safety and professional competence, relational and communicational skills, including listening, understanding and respecting attitudes, issues of confidentiality and the ability to provide counselling on specific age related health and emotional issues (Ginsburg et al., 1995; 2002; 1997; Schaeuble, et al., 2010). Teenagers indicate that they prefer attractive and age-appropriate services, with less waiting time and an environment where they may be able to talk about their thoughts, feelings and behaviours, without fear of judgment and punishment (Freake et al., 2007; Tivorsak et al., 2004). Some authors also indicate that, although most adolescents view health providers as credible sources of health related information, they think that their health concerns are not often fully addressed (Haller et al., 2007; Robinson, 2010).

These results show that young people have well-established ideas about what they appreciate in healthcare services and are informed consumers that make decisions based on their subjective evaluations and expectations (Ginsburg et al., 1995; 2002; National Children's Bureau Research Centre, 2012). Studies conducted in Canada, USA, Australia and UK (e.g., Ambresin, Bennett, Patton, Sanci, and Sawyer, 2013; Anderson and Lowen, 2010; Freake et al., 2007; Robinson, 2010) found similar results, which can in part be attributed to the developmental characteristics of this age group. These issues have been less studied in Southern Europe or in Latin countries. Taking in consideration that the cultural, economic and organizational dimensions of healthcare may affect youth preferences, this study aimed to explore Portuguese adolescents' preferences related to qualities of health providers and healthcare services. We followed the definition of Jung and colleagues: "patient preferences are ideas about what ought to happen" (2003, p. 161). A second objective was to analyse if adolescents of different

age, gender, socio educational level and reported frequency of visits to healthcare services express different preferences.

We hypothesized that most preferred characteristics would be largely similar to those identified in other countries (Ginsburg et al., 2002; Robinson, 2010; Vo et al., 2007), although specific dimensions of the culture, organization of Portuguese services and individual characteristics such as age, gender, socio-educational level, and frequency of use, might affect the providers and services dimensions most valued by these adolescents.

Method

The present study is part of a larger study, combining qualitative and quantitative methods (Morse and Niehaus, 2009), on Portuguese adolescents' perspectives relating to health providers and healthcare services and reports the results of the second phase which were based on a questionnaire specially developed for this study.

Questionnaire development

As we aimed to catch eventual specificities of Portuguese youth views and preferences, a questionnaire was developed based on a previous qualitative study with two moments of data collection. In the first phase, four focus groups were conducted with a convenience sample of 33 adolescents, aged 13 to 18 years old. Questions concerning good or bad healthcare experiences and previous interactions with providers were discussed. All sessions were taped and transcribed verbatim and a first content analysis was performed. Subsequently, a nominal group technique was used to clarify some aspects that emerged from the focus groups, similarly to other studies with adolescents (Ginsburg et al., 1995; 1997; Vo et al., 2007). Four groups were organized with a convenience sample of 31 adolescents, aged 13 to 18 years old. Participants were asked to write their ideas followed by discussion and clarification and to prioritize items according to their opinions relating to healthcare services and providers' preferences.

Data collected in this first phase was integrated with information from relevant literature (Ginsburg et al. 1995, 1997, 2002; Schaeuble et al., 2010), generating a set of items, aiming to capture youth preferences regarding health providers and healthcare services. These items were then evaluated by a panel of five experts on adolescents' health which classified each item on a scale of 1 (low) to 3 (high), according to

relevance, specificity and clarity. Based on these ratings, the wording of some items was corrected and items that received poor ratings were eliminated.

The final questionnaire included two scales. The first scale, *Healthcare Providers Qualities* (HPQ), consisted of 44 items describing qualities desired in health providers, who were defined as physicians, nurses, psychologists, dentists, dieticians or physiotherapists. The second scale, *Healthcare Services Qualities* (HSQ), included 22 items describing qualities desired in healthcare services. Services were defined as healthcare centres, private clinics, emergency rooms and other hospital specialties. For both scales, adolescents were asked to rate each item on a Likert scale ranging from 1 (*not at all important*) to 5 (*extremely important*).

Socio-demographic variables and clinical information

Information about the participants' gender, age and nationality was collected. A socio-educational level score (SEL) was obtained by combining the father's and mother's level of education and their occupation (Cronbach's $\alpha=.90$). Three levels were considered: Lower (up to 9th grade and non-qualified workers in industry, agriculture, safety and security); middle (10th to 12th grade and administrative staff and intermediate technical occupations); higher (higher education and scientific and intellectual activities, legal and executive organs.) Other questions assessed the existence of a chronic illness or disability and previous experience of hospitalization were used to characterize the sample.

Subjective health status

A subjective health rating was assessed by the question "Overall, how would you describe your health?" with the answers ranging from 1 (*very bad*) to 5 (*excellent*).

Frequency of utilization of healthcare services

Previous frequency of healthcare services use was assessed by one question "*Did you go usually to health services*", with the answers on a scale of 4 points (1=never, 2= rarely, 3=sometimes, 4=often).

Participants and procedure

Participating schools were intentionally selected from the basic and secondary schools in Lisbon to achieve diversification of the sample's socio-economic level. One private school and five public schools were included. In each school, one or two classes

from 8th to 12th grade (depending on the total number of students in the school) were randomly selected. The final sample included 982 adolescents aged 13 to 19 years.

The study was approved by the National Board of Education and by each school's board of directors that, in turn, obtained the parents' informed consent for the students' participation. The questionnaire was administered in the classroom by a teacher who received detailed instructions regarding the collection procedure. Average time to complete the questionnaire was 30 minutes. Students without parental consent or those who did not wish to participate at the moment of completion were allowed to leave the classroom. Of the 1365 questionnaires distributed, 1038 (76%) were returned. Among these, 56 (5,4%) could not be considered, on account of excessive missing or ambiguous answers, leading to a total of 982 valid questionnaires.

Statistical analysis

Descriptive statistics were computed for all variables. To identify the dimensions of adolescents' preferences we proceeded with an exploratory factor analysis for each of the scales. Factors were retained when the eigenvalue was greater than 1 and the items loadings higher than .40. If the item loading was high in more than one factor, its inclusion was defined by the highest load factor, and when the difference was less than .10 the item was removed, except in a few cases where a theoretical option was used.

To analyse the effect of demographic variables and use of services, we began by conducting nonparametric analyses because some data were not normally distributed. Subsequently, we performed parametric analyses and found similar results. This condition as well as the sample size led us to retain the parametric analyses.

In order to examine whether there were any differences among the dimensions of adolescents' preferences by age, gender and socio educational level, a multivariate analysis of variance was performed. As the factors extracted were correlated, two separate MANOVA, one to each scale, were conducted using Pillai's trace. Subsequently, an ANOVA for each dependent variable was performed with Tukey's test post-hoc, or Games-Howell when the equal variances were not assumed to the level of significance $p < .05$, to test the difference of the variance between groups.

Also, bivariate correlations, ANOVA and Chi-Square tests were conducted to examine associations between the dimensions of adolescents' preferences and their previous utilization of healthcare and between this and demographic variables.

Data analysis was conducted using IBM SPSS version 21.

Results

Participants were 982 adolescents, 563 girls, aged 13 to 19 years ($M = 15.22$; $SD = 1.66$) according Table 7. They belonged to different SEL groups, with 40.6% in the low level, most had some regular experience with healthcare services, but 31.2% had never or rarely visited a health professional and 42.9% had at least one previous hospitalization. More than half (55.9%) perceived their general health status as very good or excellent, 42.3% as good and only 1.8% considered it bad or very bad, although 38.9% reported some form of health condition or disability.

Table 7. Participants Characteristics

	n	(%)
Age (years, Mean= 15,22; SD=1,66)		
13-15	552	(56,2)
16-19	430	(43,8)
Gender (N= 977)		
Female	563	(57,6)
Male	414	(42,4)
Nationality (N=977)		
Portuguese	885	(90,6)
Other	92	(9,40)
Education (N=982)		
Elementary school (8th/9th grader)	450	(45,8)
Secondary school (10th/11th/12th)	532	(54,2)
Socio Educational Level (N=975)		
High	283	(29,0)
Middle	296	(30,4)
Low	396	(40,6)
Chronic Health Condition/Disability ^a (N=963)		
No	588	(61,1)
Yes ^b	375	(38,9)
Usual frequency of health services use (N=979)		
Never/Rarely	305	(31,2)
Sometimes	574	(58,6)
Frequently	100	(10,2)
Experience of hospitalization (N= 968)		
No	553	(57,1)
Yes	415	(42,9)
Subjective perception of general health status (N=968)		
Excellent	164	(16,9)
Very good	378	(39,0)
Good	409	(42,3)
Bad/Very bad	17	(1,8)

^a (Health conditions like allergies, asthma, diabetes, epilepsy, hearing problems, scoliosis, anemia, and others). ^b Some adolescents identify more than one condition

Health providers' qualities (HPQ) and Health services' qualities (HSQ)

Descriptive data about HPQ and HSQ appear in Tables 8 and 9. The items are organized by mean rank order. Concerning the HPQ, characteristics were valued by

adolescents, receiving a rating higher than the middle-point of the scale, except for items related to demographics and appearance. Items related to hygiene, professional training, respect and honesty, professional knowledge and experience were the most valued. Explaining, clarifying doubts and providing information, as well as availability, trustworthiness, confidentiality and privacy also received high scores.

Table 8. Means and SD of Initial items for Healthcare Providers Qualities (HPQ)

HPQ		
	Mean	SD
18. To take adequate care with general hygiene and disinfection procedures	4.65	.681
13. To have adequate training	4.45	.750
26. To be respectful	4.44	.746
10. To do his/her own work without mistakes	4.40	.840
33. To be honest	4.37	.848
1. To have updated knowledge	4.34	.786
3. To have professional experience	4.31	.880
25. To explain the disease, the treatments or other relevant issues	4.29	.805
6. To clarify our doubts and to answer our questions	4.28	.796
2. To be available to help us	4.25	.846
8. To convey trustworthiness	4.25	.866
41. To be able to keep confidentiality about the information we share	4.22	.946
16. To respect privacy during consultations and treatment	4.18	.891
38. To show confidence in what he/she says and does	4.15	.828
21. To be able to put people at ease, so that they talk about their problems	4.15	.868
4. To provide information/to explain	4.14	.843
9. To know how to communicate with the parents/family of young people	4.13	.912
20. To listen carefully to people	4.08	.829
5. To be clear and use plain language	4.07	.864
14. To be patient	4.06	.946
43. To create opportunities for youth to ask questions during the consultation	4.05	.861
34. To treat adolescents as young people and not as children	4.03	.974
35. To be on time	4.02	.948
30. To show concern for the person and not only with the disease	3.96	.943
17. To be understanding	3.92	.921
12. To be friendly and attentive	3.91	.982
27. To be approachable and easy to contact	3.89	.868
19. To be able to relate well with young people	3.89	.935
7. To like his/her work	3.84	1.061
11. To show that he/she has no doubts	3.84	1.052
37. To know how to give advice	3.80	.961
42. To listen to the opinions and suggestions of young people	3.78	.950
29. To listen to what we say and do in a non-judgmental way	3.78	.990
23. To have enough time to be with patients	3.68	.934
32. To be able to understand what young people think and feel	3.65	1.010
28. To enjoy working with young people	3.58	1.048
15. To be funny and cheerful	3.42	1.112
24. Besides being a professional, to be a friend as well	3.22	1.172
44. To wear a white coat during the consultation with young people	2.89	1.317
22. To look good	2.73	1.219
36. To be somewhat older (with more years and life experience)	2.43	1.195
39. To be a woman	2.05	1.438
31. To be a young person	1.98	1.160
40. To be a man	1.62	1.011

Range 1-5 (1= not at all important to 5= extremely important)

Regarding the HSQ, all the items also had mean scores higher than the middle-point of the scale. Consistently with the results on the HPQ, higher values were attributed to cleanness, hygiene and asepsis of materials, followed by privacy. Other valued characteristics were short waiting time for scheduling an appointment, extended opening hours and easy access to services, all with means above 4. The possibility of consulting a provider without parental knowledge was the least valued.

Table 9. Means and SD of Initial items for Healthcare Services Qualities (HSQ)

HSQ		
	Mean	SD
8. To use clean and disinfected materials	4.78	.611
1. To have clean and hygienic facilities	4.76	.564
16. To have conditions for privacy during the consultations	4.35	.844
3. To have little waiting time (for appointments, emergencies...)	4.19	.866
9. To provide quick attendance (same day or shortly thereafter)	4.14	.869
11. To have extended opening hours (morning and afternoon periods)	4.06	.899
19. The sites are easily accessible (there are good transport)	4.05	.906
20. To have confidential consultations and medical examinations if the youth requests	3.97	1.051
15. To have free health care for young people	3.96	1.078
14. To have a telephone helpline available	3.92	.930
12. To have attentive and helpful receptionists	3.91	.909
10. To allow making appointments by phone or Internet	3.86	1.009
2. To have a nice and comfortable waiting room	3.84	.968
21. To have facilities with little noise	3.77	1.047
18. To display information about the different services that are available and about who provides these services	3.75	.909
6. To have specific consultations for adolescents available in healthcare centers	3.73	1.064
5. To have psychologists in the health team	3.71	1.019
22. To have at least part of the consultation with the provider and the youth alone (without the presence of the parents)	3.66	1.208
17. To be able to be attended by a provider already known (the same provider)	3.64	1.099
13. To have the possibility to clarify doubts with a healthcare provider online	3.38	1.126
7. To have specific services for adolescents available outside the healthcare centers	3.23	1.141
4. To allow young people to go to the services by themselves, without parents' knowledge	3.17	1.260

Range 1-5 (1= not at all important to 5= extremely important)

A principal components factor analysis with orthogonal rotation for HPQ identified five underlying dimensions (Table 10) and retained 37 items from the initial 44. The combination of these five factors explained 51.2% of the variance and all of these demonstrated acceptable to good internal consistency (Cronbach's α from .72 to .88).

The first factor, *professional relationship*, (M=4.05), included 13 items related to the attitudes of the provider that may facilitate the professional relationship. The second factor, *personal relationship* (M=3.86), comprised eight items based on the

provider's attitudes that may contribute to a positive personal relationship. A third factor, *communication /information skills*, included five items related to answering questions or having updated knowledge (M=4.21). *Professional and technical competency*, included six characteristics associated to professionalism and obtained the highest mean score (M= 4.27). The last, and also least valued dimension, *demographics and appearance* (M= 2.18), included five items about providers' gender, age and appearance.

Table 10. Factor Loadings in Exploratory Factor Analysis for Healthcare Providers Qualities (HPQ)

Items	Factor ^a				
	1	2	3	4	5
43. To create opportunities for youth to ask questions during consultation	.650				
41. To be able to keep confidentiality about the information we share	.646				
42. To listen to the opinions and suggestions of young people	.644				
32. To be able to understand what young people think and feel	.612				
30. To show concern for the person and not only with the disease	.609				
29. To listen to what we say and do in a non-judgmental way	.558				
37. To know how to give advice	.540				
33. To be honest	.527				
34. To treat adolescents as young people and not as children	.509				
21. To be able to put people at ease so that they talk about their problems	.482				
26. To be respectful	.470				
25. To explain the disease, the treatments or other relevant issues	.450				
38. To show confidence in what he/she says and does	.433				
15. To be funny and cheerful		.741			
12. To be friendly and attentive		.727			
14. To be patient		.648			
17. To be understanding		.639			
28. To enjoy working with young people		.635			
7. To like his/her work		.587			
19. To be able to relate well with young people		.584			
8. To convey trustworthiness		.473			
4. To provide information/ To explain			.766		
6. To clarify our doubts and to answer our questions			.728		
5. To be clear and use plain language			.638		
2. To be available to help			.607		
1. To have updated knowledge			.482		
10. To do his/her own work without mistakes				.745	
13. To have adequate training				.562	
18. To take adequate care with general hygiene and disinfection procedures				.560	
3. To have professional experience				.544	
11. To show that he/she has no doubts				.533	
35. To be on time				.487	
40. To be a man					.773
39. To be a woman					.753
31. To be a young person					.734
36. To be somewhat older (with more years and life experience)					.670
44. To wear a white smock during the consultation with young people					.487
Variance explained % (Overall=51.2%)	14.17	12.01	8.81	8.39	7.77
Chronbach's Alpha	.88	.88	.79	.72	.74

^a Corresponding factors: ¹ Professional relationship, ² Personal relationship, ³ Communication / Information skills, ⁴ Professional and technical competences, ⁵ Demographics and appearance.

Regarding HSQ, after excluding two items about cleanliness of material and sites because of sensitivity problems, we retained 19 items and identified four underlying factors explaining 54.3% of total variance.

The first factor, *adolescent tailored conditions*, with the lowest average (M=3.50), comprised five items based on the specific conditions directed to youth and having a psychologist on the team. The second factor, *availability and ease of contacts* (M=3.83), with five items and the third factor, *accessibility and space conditions*, with six items (M=4.04), both related to more instrumental conditions that made the services more accessible and comfortable. The last factor, *privacy and confidentiality* with a higher mean (M=4.02), included three items. The first three factors showed acceptable reliability ($\alpha = .74$ to $.79$), whereas the fourth had a lower alpha ($.62$) but included only three items (Table 11).

Table 11. Factor Loadings for Exploratory Factor Analysis of Healthcare Services Qualities (HSQ)

Items	Factor ^b			
	1	2	3	4
7. To have specific services for adolescents available outside the healthcare centers	.764			
6. To have specific consultations for adolescents available in healthcare centers	.714			
4. To allow young people to go to the services by themselves, without parents' knowledge"	.634			
5. To have psychologists in the health team	.579			
22. To have at least part of the consultation with the provider and the youth alone (without the presence of the parents)	.554			
10. To allow for making an appointment by phone or internet		.736		
14. To have a telephone helpline available		.695		
13. To have the possibility to clarify doubts with a healthcare provider online		.688		
11. To have extended opening hours		.607		
12. To have attentive and helpful receptionists		.548		
3. To have little waiting time			.733	
2. To have a nice and comfortable waiting room			.687	
9. To provide quick attendance (same day or shortly thereafter)			.588	
21. To have facilities with little noise			.500	
15. To have free health care for young people			.456	
19. The sites are easily accessible (good transportation)			.401	
16. To have conditions for privacy during the consultations				.694
20. To have confidential consultations and medical examinations if the youth requests				.551
18. To display information about the different services that are available and about who provides these services				.521
Variance Explained % (Overall=54.3%)	14.64	14.18	13.1	12.26
Chronbach's Alpha	.76	.79	.74	.62

^b Corresponding factors: ¹Adolescent tailored conditions, ²Availability and ease of contacts, ³Accessibility and space conditions, ⁴Privacy and confidentiality.

HPQ and HSQ and demographic variables

The factors previously obtained were used as dependent variables in a subsequent analysis. After a multivariate analysis of variance with the socio-demographic variables was carried out, we conducted separate ANOVAs when appropriate.

Age

Considering the two age groups (13-15; 16-19 years), the combined variables of HPQ were significantly affected by age. There was a significant effect of age on *professional and personal relationship* and on *communication/information skills*, as shown in Table 12, with younger adolescents rating the first two dimensions higher and older teenagers giving higher ratings to communication/Information skills.

Regarding HSQ, age had a significant effect on *adolescent tailored conditions*. Separate ANOVAs (Table 12) showed statistically significant differences, with older respondents giving higher ratings.

Table 12. ANOVAs for HPQ and HSQ factors by socio demographic variables

Factors of Health Providers Qualities (HPQ)		<i>F</i>	<i>p-Value</i>	<i>M (SD)</i>	<i>95% CI</i>
1.	Professional Relationship				
Age:	13-15	(1, 972) =8.244	.004	4.10 (.58)	[4.05, 4.15]
	16-19			3.99 (.58)	[3.94, 4.04]
Gender:	girls	(1, 970) =9.980	.002	4.10 (.55)	[4.06, 4.15]
	boys			3.98 (.62)	[3.92, 4.04]
2.	Personal Relationship				
Age:	13-15	(1, 974) =6.213	.013	3.91 (.70)	[3.85, 3.97]
	16-19			3.79 (.76)	[3.72, 3.87]
Gender:	girls	(1,972)=12.225	<.001	3.93 (.68)	[3.87, 3.98]
	boys			3.76 (.78)	[3.69, 3.84]
SEL:	low	(2, 969) =7,995	<.001	3.93 (.71) ^{a**}	[3.86, 4.00]
	middle			3.89 (.67) ^{a*}	[3.81, 3.97]
	high			3.71 (.77) ^{a***}	[3.62, 3.81]
3.	Communication/Information Skills				
Age:	13-15	(1, 974) =6.344	.012	4.17 (.61)	[4.12, 4.22]
	16-19			4.27 (.61)	[4.21, 4.33]
Gender:	girls	(1, 972) =19.774	<.001	4.29 (.58)	[4.24, 4.34]
	boys			4.11 (.64)	[4.05, 4.18]
4.	Professional and Technical Competency	-	<i>ns</i>	-	-
5.	Demographics and Appearance				
Gender:	girls	(1, 894) =10.089	.002	2.10 (.81)	[2.03, 2.17]
	boys			2.29 (.91)	[2.20, 2.38]
SEL:	low	(2, 891) =8.541	<.001	2.30 (.90) ^{a***}	[2.21, 2.40]
	middle			2.19 (.82) ^{a*}	[2.09, 2.29]
	high			2.02 (.80) ^{a***}	[1.92, 2.11]
Factors of Health Services Qualities (HSQ)		<i>F</i>	<i>p-Value</i>	<i>M (SD)</i>	<i>95% CI</i>
1.	Adolescent Tailored Conditions				
Age:	13-15	(1, 977) =5.898	.015	3.45 (.84)	[3.38, 3.52]
	16-19			3.57 (.78)	[3.49, 3.65]
Gender:	girls	(1, 975) =7.252	.007	3.56 (.78)	[3.49, 3.62]
	boys			3.42 (.87)	[3.33, 3.50]
SEL:	low	(2, 972) =6.477	.002	3.57 (.79) ^{b**}	[3.49, 3.65]
	middle			3.54 (.83) ^{b*}	[3.45, 3.64]
	high			3.35 (.83) ^{b**}	[3.26, 3.45]
2.	Availability and Ease of Contacts				
SEL:	low	(2, 967) =3.687	.025	3.89 (.72) ^{b*}	[3.81, 3.96]
	middle			3.84 (.69)	[3.76, 3.92]
	high			3.74 (.71) ^{b*}	[3.65, 3.82]
3.	Accessibility and Space Conditions				
SEL:	low	(2, 972) =7.416	.001	4.13 (.64) ^{b**}	[4.07, 4.19]
	middle			4.02 (.64)	[3.94, 4.09]
	high			3.94 (.66) ^{b**}	[3.86, 4.02]
4.	Privacy and Confidentiality				
Gender:	girls	(1, 972) =8.384	.004	4.08 (.64)	[4.03, 4.13]
	boys			3.95 (.78)	[3.87, 4.02]

SEL=Socio Educational Level; CI = Confidence interval. Note. Only statistically significant results are presented

^{a b} *Post hoc* Test: ^a Games-Howell Test or ^b Tukey's Test: **p* <.05, ***p* <.01, ****p* <.001

Gender

Boys and girls differ in the importance they attribute to health providers' qualities (Table 12). Specifically, girls gave higher ratings to *communication/information*, *professional relationship* and *personal relationship*, while boys attributed

higher ratings to *demographics and appearance*. Both boys and girls preferred female providers, although not attributing much importance to this dimension.

Concerning the HSQ (Table 12), girls attributed significantly more importance to *privacy and confidentiality* as well as to *adolescent tailored conditions*.

Socio Educational Level (SEL)

Among the five dimensions of HPQ, SEL influenced *personal relationship and demographics and appearance*, whereas in the HSQ, SEL affected *adolescent tailored conditions, availability and ease of contact* and *accessibility and space conditions*. For both scales, respondents with higher SEL had lower mean scores, compared to middle and low SEL (Table 12). There were no significant interaction effects between age, gender and SEL.

Frequency of health services use

Considering three categories for the frequency of healthcare services use (never/rarely, sometimes and often), girls ($\chi^2(2)=33.24, p<.001$), younger adolescents ($\chi^2(2)=8.36, p=.015$) and lower SEL youth ($\chi^2(4)=14.13, p=.007$) reported using healthcare services more frequently.

Adolescents with a less frequent use of health services valued less the professional ($F(2, 971)=8.200, p<.001$) and the personal relationship attitudes ($F(2, 973)=9.201, p<.001$). Specifically, those who never or rarely used the services attributed less value to the professional relationship ($M=3.94, SD=.63$) than those who used sometimes ($M=4.09, SD=.557, p=.001$), and often ($M=4.14, SD=.55, p=.01$). Also, youths who rarely used the services less valued less the personal relationship ($M=3.71, SD=.78$) than those who used sometimes ($M=3.91, SD=.68, p<.001$), and often ($M=3.99, SD=0.75, p=.003$).

Regarding to the HSQ, the adolescents with a less frequent use of services valued less the availability of contact ($F(2, 971)=5.637, p=.004$). Namely, adolescents who never or rarely use services attributed less importance ($M=3.71, SD=.75$) than those who used sometimes ($M=3.87, SD=.69, p=.004$).

Discussion

This study explored the qualities of healthcare providers and services preferred by Portuguese urban adolescents, using a questionnaire developed for this purpose and

based on a preliminary qualitative study. Overall, the qualities valued in healthcare providers and services are fairly consistent. Hygiene and infection control received the highest ratings, both in relation to providers' characteristics and in relation to healthcare services' conditions, which confirms previous results in other countries (Ginsburg et al, 1995; Hardoff et al., 2006; Vo et al., 2007). These preferences are probably largely explained by developmental specificities, as adolescents are able to understand multiple causes of illness and are predominantly centred in the physiological causality of illness by contagion or contamination (Bibace, and Walsh, 1980).

When considering the preferred characteristics of health providers, the most valued dimension was *professional and technical competency*. This was closely followed by *communication and information skills*, namely the ability to use updated knowledge and plain language to provide clear answers (Ambresin et al., 2013; Freake et al., 2007; Robinson, 2010).

Interestingly, adolescents reinforced the importance of interacting with competent professionals, recognizing the need for adequate training and professional experience, as well as more instrumental dimensions such as taking care of hygiene procedures or being on time. Other authors found similar preferences, such as competency (Ginsburg et al., 1995, 1997) and physical safety (Ginsburg et al., 2002). These results may show that, above all, youth want their providers to be competent, skilful, available and on time.

Consistently with previous studies, both dimensions related to the interpersonal relationship were also highly valued (Ambresin et al, 2013; Ginsburg et al., 2002; Robinson, 2010; Schaeuble, et al., 2010). The professional relationship dimension, comprising several attitudes usually referred to as critical to the development of a helping relationship (Roter and Larson, 2002), such as availability to listen to their concerns and opinions with a non-judgmental attitude, to offer relevant advice and not to treat them as children, preceded more personal characteristics.

These skills valued by youth are especially appropriate for the increased autonomy of this age period and may be decisive in the development of independence and responsibility to make healthy choices (Coleman, 2011). Adolescents also valued, although with lesser importance, a more personal and informal dimension of the relationship, such as to be funny, friendly or patient. Some authors reinforce these affective or socio-emotional behaviours (Roter and Larson, 2002) as relevant elements in building a provider-user relationship, especially with adolescents who often

experience difficulties in expressing their feelings, doubts or worries. These preferences may be largely explained by similar developmental characteristics, such as the value attributed to hygiene, technical competency or privacy conditions.

In contrast, demographics and appearance features such as provider's gender and age, or the use of a white coat, were the least valued dimensions (Tatar, 2001). Previous studies have found inconsistent results, particularly regarding preferred health providers' gender and age (Freake et al., 2007; Jung, Baerveldt, Olesen, Grol and Wensing, 2003).

Not surprisingly, younger respondents gave higher ratings to the professional and personal relationship dimensions, while older participants valued the information and communication skills more (Bensted, Hargreaves, Lombard, Kikelly and Viner, 2013). Girls attributed more importance to these three dimensions, similarly to Ginsburg and colleagues (1995).

Lower SEL participants valued the personal relationship more (Ginsburg et al., 1995), as well as demographics and appearance, which may be seen as external indicators of professional status.

The adolescents who used more frequently the health services valued more both interpersonal dimensions (professional and personal attitudes). It were also the most valued dimensions by the younger and who used more healthcare services too.

Regarding the preferred qualities of healthcare services, although consistent with preferred qualities in providers, some particulars should be highlighted. Adolescents valued organizational conditions of accessibility and availability, cleanliness, little waiting time or the easiness of making an appointment or accessing the services. Tivorsak and colleagues (2004) also identified the preference for the possibility of scheduling an appointment on the same day and little waiting time in a comfortable setting. Accessibility, acceptability and appropriateness are also three of the five domains identified for *adolescents' friendly health services* (WHO, 2002). These adolescents were also concerned with privacy conditions and confidentiality, as previously shown in other studies (Freake et al., 2007; Ginsburg et al., 1997; Schaeuble et al., 2010). Ginsburg and colleagues (2002) incorporate these issues in a larger domain of emotional safety that conveys trustworthiness. In our sample, girls valued this dimension more, which is consistent with Pinto's report (2004) that confidentiality is recurrently found to be a key element in girls' satisfaction with clinical encounters and, decisions to seek care.

Adolescents' tailored conditions were moderately valued by our sample, which may indicate that adolescents attribute higher relevance to competent and accessible services that respect their privacy and confidentiality and most do not seem to make a point of having exclusive services outside of the health centre or having a consultation without parents' knowledge. Nevertheless, older adolescents and girls attributed a higher value to this dimension, which may indicate a developmental trend.

Our findings were consistent with Portuguese data and others international studies, showing that the girls (INE&INSA, 2009; Vingilis et al, 2007), the younger (INE, 2009; ARSLVT, 2013) and those with lower SEL that visited more the health services.

Our study has some limitations that are worthy of consideration. Firstly, only school population was included, thus excluding out-of-school youth that may have different preferences. Secondly, our sample included only participants from Lisbon, not representing youth from smaller cities or rural zones. Nevertheless, and to the best of our knowledge, this is the first research to evaluate Portuguese adolescents' preferences about healthcare.

The use of a questionnaire developed for this purpose and based on a previous qualitative study allowed us to better capture the adolescents' perspective (Morse and Niehaus, 2009). Our results show that Portuguese urban adolescents were able to identify what are their preferred characteristics regarding healthcare providers and services, taking into consideration different dimensions of technical competency and hygiene, as well as professional and personal skills and privacy issues. They seem to appreciate providers that are simultaneously professionally competent and able to build a professional and personal relationship, sustained by friendly and respectful attitudes that convey emotional safety.

Overall, our findings suggest that these adolescents show patterns of preferences related to healthcare much similar to those found in other countries, which may be partially explained by the sharing of a global culture that values similar values, as well as by developmental characteristics, such as the value attributed to hygiene, technical competency or privacy conditions. Recently Viner (2013) has pointed out that youth issues relating to health services transcend culture and arise from development imperatives. Nevertheless, beyond age, gender and SEL seem to moderately affect adolescents' preferences.

Curiously, these results do not emphasize features that have been pointed out by adolescent specialists, such as the need to have specific consultations for teenagers, services offered in spaces away from healthcare centres, or the importance of the use of the internet to clarify doubts with health professionals. This may be because they are unfamiliar with these experiences or because they do not expect this to be a significant improvement of the types of services they are familiar with.

Preferences reported by our sample are consistent with those identified by the World Health Organization for adolescent friendly health services: accessible, acceptable, equitable, appropriate and effective (WHO, 2002, 2012) and may be useful for informing on the selection of health professional's training models and for designing the politics and organization of healthcare services.

These results can be an incentive for health schools curricula, to emphasize the contents related to adolescent healthcare competencies (Cook-Cottone, Grella and Smith, 2013), particularly communication and relational skills. Having adolescents as active participants in studies that aim to contribute to a better organization of services may be an important contribution to the quality and adequacy of healthcare (Curtis et al., 2004). The likelihood of youths voluntarily seeking healthcare, namely for preventive care and health promotion, certainly increases if providers and services are responsive to youth's preferences (Hetlevik, Haug and Gjesdal, 2010).

4.2. Porque os adolescentes procuram pouco os cuidados de saúde: Motivos de procura e barreiras percebidas

Resumo:

Introdução: Os dados disponíveis sugerem que os serviços de saúde particularmente direcionados à promoção de saúde são subutilizados pelos adolescentes. As ameaças associadas aos comportamentos de risco na adolescência e o facto de os padrões de comportamentos de saúde e de utilização dos cuidados de saúde terem tendência a manter-se na idade adulta motivam o estudo do problema. A investigação internacional identificou um conjunto de barreiras percebidas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde, embora este tema não tenha sido objeto de estudo em Portugal.

Objetivos: Pretende-se identificar os motivos e barreiras identificadas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde, e explorar diferenças em função da frequência habitual e da experiência recente de utilização dos serviços, da idade, género e nível socio educacional familiar.

Método: Participaram 982 adolescentes, dos 13 aos 19 anos, a frequentarem seis escolas em Lisboa, que responderam a um questionário sobre motivos e barreiras na procura dos serviços de saúde.

Resultados: Apesar de a doença ter sido o principal motivo para procurar os serviços, os jovens também referiram outros motivos. Da análise das barreiras percebidas emergiram quatro dimensões: preocupações com a privacidade e confidencialidade, pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais, dificuldades na acessibilidade e crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais. Não se verificaram diferenças significativas em função da frequência de utilização habitual dos serviços, mas verificaram-se em função da idade e género.

Conclusões: Os resultados são discutidos em termos dos contributos para informar mudanças na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais e organizar medidas facilitadoras da procura dos cuidados promotores de saúde pelos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescentes; Procura de cuidados Saúde; Barreiras; Serviços de Saúde; Profissionais de Saúde;

Abstract

Introduction: Available data suggests that adolescents tend to underuse health services particularly for health promotion activities. This is a relevant issue, not only because of the threats associated to risk behaviors during adolescence, but also because the patterns of health behaviors and health care use are likely to be maintained in adulthood. International research has highlighted a set of youth perceived barriers that may prevent them from seeking health care, which have not been studied in Portugal.

Objectives: To examine the motives and barriers perceived by adolescents in seeking health services according to their usual frequency of services use, age, gender and socio educational level.

Method: A sample of 982 adolescents, 13 to 19 years old, attending six schools in Lisbon, completed a questionnaire about motives and barriers to seeking health services.

Results: Treatment of disease was the main motive for seeking health care, but other reasons were also referred. From the analysis of barriers identified, four dimensions emerged: concerns about privacy and confidentiality, low valuation of health issues and of the help provided by health professionals, difficulties in accessibility and negatives beliefs about the attitudes of providers. There were no significant differences in the identified barriers according to the usual frequency of services utilization, but there were differences according to age and gender.

Conclusion: These findings support important contributions to inform changes in the services' organization and in the practices of healthcare providers, and to organize measures to facilitate the seeking of health care promotion services.

Keywords: Adolescents; Health Care Seeking; Barriers; Health Services; Health Providers;

Introdução

A adolescência tem sido considerada um dos períodos de desenvolvimento mais saudáveis, mas durante a qual o confronto com múltiplas mudanças e tarefas desenvolvimentistas pode constituir um risco acrescido para problemas de saúde. (Matos & Sampaio, 2009; Steinberg & Morris, 2001). Nesta fase instalam-se comportamentos de saúde e padrões de utilização dos serviços de saúde que tendem a manter-se na idade adulta (Hargreaves et al., 2015; Sawyer et al., 2012; Vingilis, Wade & Seeley, 2007).

As principais causas de mortalidade e morbidade nos adolescentes devem-se a comportamentos de risco associados a acidentes, comportamento alimentar, sexualidade, consumo de substâncias psicoativas e suicídio (Patton et al., 2012; Dick & Ferguson, 2015; WHO, 2014_a), tendo todos estes comportamentos como denominador comum o facto de poderem beneficiar de medidas preventivas (Duncan et al, 2007; Marcell & Halpern-Felsher, 2007_a). Por isso, a promoção da saúde e a redução dos comportamentos de risco têm sido orientações fundamentais para os cuidados de saúde aos adolescentes a nível nacional (DGS, 2013_{ab}; DGS, 2014) e internacional (Patton et al., 2014; Sanci, 2011; WHO, 2014_a). Segundo a American Medical Association (AMA) as orientações para os “Adolescent Preventives Services” preconizam uma consulta de vigilância de saúde anual entre os 11 e os 21 anos de idade.

As consultas de vigilância de saúde nos cuidados de saúde primários (CSP) são momentos privilegiados para o rastreio de problemas de saúde, informação e aconselhamento dos jovens, no sentido de diminuir os riscos e potenciar os fatores de proteção e os comportamentos positivos, promovendo estilos de vida saudáveis (Sanci, 2011; Sawyer et al., 2012; Tavares & Fonseca, 2009). Tem sido confirmada a eficácia de algumas intervenções preventivas em CSP para modificação de comportamentos de risco nos adolescentes, como o aumento do uso de capacete e do cinto de segurança ou a diminuição do consumo de tabaco (e.g., Ozer et al., 2011). Estes autores reforçam a importância da promoção da saúde e das vantagens de um trabalho continuado dos profissionais de saúde com os adolescentes, propondo que todos os momentos de contacto sejam promotores da saúde e do desenvolvimento, pois, como refere Sanci (2011), “*An ounce of prevention is worth a pound of cure*”.

No entanto, os dados disponíveis sugerem que os adolescentes portugueses procuram pouco os serviços de saúde, sendo o grupo da população que tem menos

contacto com os cuidados de saúde, quer em CSP (DGS, 2005_b; ARSLVT, 2013, 2014; Jerónimo, Arriaga, Moleiro & Luz, 2014; Loureiro, 2014) quer em consultas de ambulatório (Ferreira, Freira, Ferreira & Fonseca, 2011), à semelhança do que se passa em outros países (Booth et al., 2008; Cocker et al., 2010; Marcell & Halpern-Felsher, 2007_a; Nordin, Solberg & Parker, 2010). Estudos anteriores indicam que os jovens utilizam sobretudo os serviços de urgência, por motivo de doença aguda ou lesões e traumatismos acidentais, e procuram os CSP bastante menos do que seria desejável, nomeadamente as consultas de vigilância de saúde (Fonseca, 2012; Schaeuble et al., 2010; Weiss et al., 2014). Habitualmente são as raparigas (ARSLVT, 2013; Marcell, Ford, Pleck & Sonenstein, 2007_b) e os adolescentes mais novos (idem, Rothì & Leavy, 2006) quem mais utiliza os serviços de saúde, embora os resultados não sejam consensuais em relação à idade e sobretudo ao NSE (Vingilis et al., 2007).

A literatura também tem mostrado que os adolescentes, quando precisam de ajuda para questões de saúde, procuram preferencialmente fontes de suporte informais, como os amigos, os pais e outros familiares, bem como fontes virtuais em detrimento das ajudas formais como os profissionais de saúde (Boldero & Fallon, 1995; Wilson, Deane, Ciarrochi & Rickwood, 2005). A escolha da pessoa que ajuda também está dependente do motivo ou tipo de problema que subjaz a essa necessidade (Marcell & Halpern-Felsher, 2007_a; Sullivan, Marshall & Schonert-Reichi, 2002; Tsai, Chou, Lin & Lin, 2013).

Reduzem-se assim as possibilidades de encontro do adolescente com o profissional de saúde, designadamente em CSP, sejam médicos, enfermeiros ou psicólogos, e as oportunidades para receber uma intervenção adequada às suas necessidades (Tsai, et al., 2013), apesar de se reconhecer que a procura de ajuda de um profissional é um fator protetor (Wilson & Deane, 2001) e que este é um período crítico para promover o envolvimento do adolescente na saúde (Hargreaves et al., 2014; Weil, Lemer, Webb & Hargreaves, 2015).

Neste sentido, o acesso dos jovens aos serviços, os motivos de procura e a identificação de obstáculos ou barreiras que se lhes colocam quando procuram ou pensam procurar os cuidados de saúde, têm sido objeto de uma diversidade de estudos (e.g., Bernard et al., 2004; Coker et al., 2010; Helms, 2003; Lim, Chhabra, Rosen, Racine & Alderman, 2012; Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Fink, 2009; Tylee, Haller, Graham, Churchill & Sanci, 2007; Wilson & Deane, 2001, 2012).

Foram propostos alguns modelos teóricos explicativos dos comportamentos de utilização dos serviços de saúde, como o Behavioral Model of Health Service Use (BMHSU, Andersen, 1995; 2008; Phillips, Morrison, Andersen & Aday, 1998). Sumariamente, este modelo inclui como determinantes da utilização dos serviços fatores socio demográficos (idade, género e NSE), crenças de saúde (crenças, atitudes, valores e conhecimento), necessidades de saúde percebidas pelo próprio, e a experiência prévia, assim como os recursos pessoais e condições estruturais e organizacionais dos próprios serviços. O BMHSU, sendo bastante inclusivo, tem a vantagem de permitir o uso dos seus componentes conforme os objetivos dos diferentes trabalhos (Phillips et al., 1998).

A investigação empírica permitiu identificar uma diversidade de fatores que influenciam a procura e utilização dos cuidados de saúde pelos adolescentes. Apesar das diferenças nos resultados dos estudos sobre barreiras percebidas pelos adolescentes à procura dos serviços de saúde, em função do país e do contexto onde são realizados, algumas barreiras foram mais frequentemente identificadas.

Um primeiro grupo inclui as questões ligadas à privacidade e confidencialidade, o receio que os pais saibam ou que os profissionais não guardem segredo (Carlisle, Shickle, Cork & McDonagh, 2006; Duncan et al., 2011; Lim et al., 2012). Outras barreiras de ordem mais estrutural relacionam-se com a escassa disponibilidade dos serviços, locais, horários, tipo de cuidados que disponibilizam e as dificuldades na acessibilidade como transporte, problemas com o pagamento, longos períodos de espera (Agampodi, Agampodi & Piyaseeli, 2008; Booth et al., 2004; Lim et al., 2012). O pouco conhecimento sobre os serviços e o tipo de ajudas disponíveis (Aida, Azimah & Mohd Radzniwan, 2010; Zimmer-Gembeck, Alexander & Nystrom, 1997), bem como problemas na comunicação e atitudes dos profissionais de saúde que dificultam a relação (Booth et al., 2004; Wilson & Deane, 2001) também foram identificados. Com menor frequência o não reconhecimento dos problemas de saúde ou o pensar que o problema se vai resolver por si e que o profissional não pode ajudar (Rew, Resnick & Beuhring, 1999; Yu, et al., 2008), também surgiram como justificação para a reduzida procura dos serviços de saúde pelos jovens.

Em Portugal um estudo recente de Loureiro & Abrantes (2014) que visou identificar os obstáculos à procura de ajuda em saúde mental pelos adolescentes, identificou sobretudo barreiras relacionadas com a confidencialidade ou com as baixas expetativas relativamente à eficácia e acessibilidade dessa ajuda.

Podemos considerar que a reduzida procura de cuidados de saúde pelos jovens se pode dever tanto ao facto de estes não considerarem haver motivos que justifiquem essa procura e não reconhecerem a existência de problemas que a legitimem, ou ao facto de identificarem barreiras ou obstáculos que dificultam essa procura, entendendo-se barreiras como fatores que inibem ou impedem quer a utilização, quer o sucesso da intervenção dos serviços de saúde (Wilson & Deane, 2012).

Neste trabalho pretende-se identificar os motivos de procura e as barreiras percebidas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde, bem como estudar a relação entre as dimensões das barreiras identificadas, os motivos de procura, a frequência habitual de utilização dos serviços, e a idade, género e nível socio educacional. Os resultados deste estudo sobre as perspetivas dos adolescentes portugueses poderão informar propostas de intervenção dirigidas à organização e divulgação dos serviços, bem como à redução das barreiras percebidas para facilitar a aproximação dos adolescentes aos serviços promotores de saúde.

Espera-se que os motivos de procura e as barreiras mais valorizadas pelos jovens sejam globalmente semelhantes às identificadas em outros países (Booth, et al., 2004; Coker et al., 2010; Glesson, Robinson & Neal, 2002). Contudo, as condições estruturais e organizacionais dos serviços de saúde portugueses e as características individuais podem ter influência nos motivos e nas barreiras mais destacadas pelos participantes.

Método

O presente estudo faz parte de uma investigação mais vasta, com um desenho misto, partindo de um primeiro estudo exploratório e qualitativo para um segundo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional onde se integra este trabalho.

Participantes

Participaram no estudo 982 adolescentes, 57,6% raparigas, com idades entre os 13 e 19 anos ($M=15.22$, $DP=1.66$), entre o 8º e o 12º ano de escolaridade. Destes, 40,6% pertenciam a um nível socio educacional baixo, 30,4% médio e 29% elevado. A maioria é Portuguesa e 9,4% são nacionais de outros países como África, Brasil e Países de Leste.

A amostra foi recolhida em cinco escolas públicas e uma privada de diferentes freguesias do concelho de Lisboa escolhidas intencionalmente para diversificação do nível socioeconómico dos participantes.

Instrumentos de recolha de dados

A ausência de instrumentos nacionais que permitissem responder às questões orientadoras e aos objetivos do trabalho impôs a elaboração de instrumentos específicos para este estudo, com base no estudo qualitativo prévio e na literatura relevante. Alguns autores (Giannakopoulos Tzavara, Dimitrakaki, Ravens-Sieberer & Tountas, 2010; Jung et al., 2003; Vo et al., 2007) defendem que as perspetivas dos jovens sobre os cuidados de saúde são influenciadas por fatores de ordem sociocultural e experiencial, devendo utilizar-se instrumentos específicos à realidade de cada país (WHO, 2002).

Incluíram-se questões para caracterização socio demográfica e da situação geral de saúde dos adolescentes, caracterização da experiência dos adolescentes com os serviços de saúde e motivos de procura dos mesmos, bem como uma Escala de Barreiras Percebidas pelos Adolescentes na Procura dos Serviços de Saúde (BPAPS).

Medidas

Características sociodemográficas e situação de saúde, incluindo informação referente à idade, género, ano de escolaridade, nacionalidade, freguesia de residência e nível socio educacional familiar (NSE). Para efeito de análise de resultados, constituíram-se dois grupos etários (13-15 anos e 16-19 anos). O NSE foi construído a partir do nível de escolaridade e da profissão da mãe e do pai (Cronbach's $\alpha=.90$), segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010), agregados em três níveis: baixo, médio e elevado⁸.

Quanto à situação de saúde foram recolhidos dados sobre presença de doença crónica e experiência de internamento (com resposta Sim ou Não), e sobre a avaliação subjetiva da situação de saúde, com uma questão: “*Em geral, como descreves a tua*

⁸ NSE baixo (até ao 9º ano de escolaridade e trabalhadores não qualificados e profissionais qualificados da indústria, agricultura e proteção e segurança); médio (do 10º ao 12º ano e ensino técnico e profissional, associado a pessoal administrativo, técnicos e profissões de nível intermediário); elevado (licenciatura, mestrado ou doutoramento e especialistas das atividades intelectuais e científicas, representantes dos órgãos legislativos e executivos e forças armadas).

saúde”, com a resposta numa escala tipo Likert de cinco pontos (de 1=*Muito Má* a 5=*Excelente*). E ainda uma questão relativa ao ter, ou não, médico de família.

Frequência de utilização habitual dos serviços de saúde, avaliada pela questão “*Costumas ir aos serviços de saúde?*”, com a resposta numa escala de 4 pontos (de 1=*Nunca*; a 4=*Frequentemente*).

Experiência recente nos diferentes serviços de saúde, referida aos últimos 12 meses, à semelhança de outros estudos desta natureza (e.g., YACHS, 1999). Considerando cada um dos quatro tipos de serviços (urgências, hospital, centro de saúde e médico privado) solicitava-se uma indicação de frequência: “*Nos últimos 12 meses, quantas vezes foste ao centro de saúde (consulta médica, enfermagem, vacinação...)* ”, todas com quatro opções de resposta (0 vezes; 1 vez; 2-3 vezes e 4 ou (+) vezes).

Motivos de procura dos serviços de saúde, considerando-se os últimos 12 meses, solicitava-se ao adolescente que identificasse os motivos que o levaram a procurar os serviços de saúde, entre sete alternativas possíveis (e.g., *estar doente, ir a consulta de rotina/vigilância saúde*), com a possibilidade de ser assinalada mais do que uma opção.

Fonte de apoio preferida pelos adolescentes para falar sobre assuntos de saúde, avaliada com uma questão aberta “*Quando tens dúvidas ou problemas relacionados com a tua saúde, com quem gostas mais de falar?*”.

Escala de Barreiras Percebidas pelos Adolescentes na Procura dos Serviços de Saúde (BPAPS)

No sentido de identificar os obstáculos que impedem ou dificultam a procura dos serviços de saúde pelos adolescentes construiu-se um instrumento a partir do estudo qualitativo prévio, com base em quatro *focus groups* realizados em duas escolas públicas de Lisboa, com 33 adolescentes entre os 13 e 18 anos, cujos resultados foram integrados com a literatura relevante (e.g., Atkinson, Schattner & Margolis, 2003; Booth et al., 2004; Coker, et al, 2010; Kuhl, Jarkon-Horlick & Morrissey, 1997; Rew, Resnick & Beuhring, 1999; Yu et al., 2008; Wilson & Deane, 2001). Uma primeira versão da escala foi apreciada por um conjunto de cinco juízes, peritos em saúde e desenvolvimento do adolescente, a quem foi pedido que classificassem cada um dos itens numa escala de 1 a 3 pontos (muito, razoável e pouco) considerando os critérios de relevância e clareza. Foram feitas algumas alterações atendendo às sugestões. A nova versão foi submetida a um pré teste com 17 adolescentes, seguido de um estudo piloto com 76 adolescentes com características semelhantes à amostra, a frequentarem uma

escola secundária em Lisboa. A escala final, com 26 itens, revelou uma elevada consistência interna ($\alpha=0,94$).

Uma pergunta introdutória solicita o grau de concordância com a afirmação “*Pensa-se que há muitos jovens que não procuram os serviços e os profissionais de saúde, ou procuram menos do que aquilo que na realidade precisam*”. Qual a tua opinião sobre esta afirmação? Em seguida apresentam-se um conjunto de razões que podem levar os jovens a não procurar os serviços de saúde (a não ir, ou a ir pouco) (e.g., *Ter medo do que os profissionais possam pensar e dizer*), pedindo que expressem o seu grau de concordância em relação a cada um. Para todas as questões a resposta é dada numa escala tipo Likert, com cinco pontos (de *1=Discordo Totalmente* a *5=Concordo Totalmente*).

Procedimentos

O estudo foi aprovado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular da Direção Geral da Educação do Ministério da Educação e Ciência. Foram contactados os conselhos executivos de escolas de várias freguesias do concelho de Lisboa, solicitando a colaboração para o estudo. Em cada uma das seis escolas que aceitaram participar foram seleccionadas aleatoriamente uma ou duas turmas de cada ano de escolaridade (8º ao 12º ano), dependendo da sua dimensão, cabendo às escolas prestar informação e obter autorização dos encarregados de educação.

A aplicação do questionário foi efetuada em sala de aula durante um tempo letivo. Para que as condições de aplicação fossem semelhantes, foi distribuído a cada professor um “envelope- turma” contendo os questionários e instruções escritas relativas ao processo de aplicação e à necessidade de explicitação do anonimato e preenchimento voluntário, assegurando a possibilidade de desistência sem qualquer consequência. Os adolescentes que não tinham consentimento dos pais, ou que não quiseram participar, podiam ausentar-se da sala. Foram utilizadas duas versões diferentes do questionário no sentido de diminuir o efeito de ordem nas respostas. Após o preenchimento, os questionários eram colocados no “envelope-turma” fechado no local da aplicação. O preenchimento demorou, em média, 30 minutos. Foram recolhidos 1038 questionários preenchidos, correspondendo a 76% dos distribuídos nos “envelope-turma”. Anularam-se 56 por estarem incompletos ou com respostas ilegíveis, considerando-se válidos 982 questionários.

Análise de dados

Os dados foram analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial através do programa estatístico *IBM SPSS* versão 21, tomando-se como referência o nível de significância 0,05. Utilizou-se a estatística descritiva a fim de obter a caracterização sociodemográfica e da situação de saúde dos participantes.

Para reduzir os itens da escala BPAPSS a um conjunto de fatores procedeu-se a uma análise fatorial exploratória (rotação *varimax*). Os fatores foram retidos quando o valor próprio (*eigenvalues*) era superior a 1 e os itens foram considerados pertença de um fator quando obtinham um peso fatorial superior a 0,40 (Field, 2013, Marôco, 2007). Quando o peso fatorial de um item era superior a este valor em mais de um fator, era retido no fator onde o peso era mais elevado, e quando a diferença era inferior a 0,10 o item era retirado, com uma exceção única, onde a opção foi teórica. No sentido de explorar e estudar as relações entre as variáveis utilizaram-se o coeficiente *r de Pearson*, testes t-Student, análises de variância ANOVAs e o teste de Qui-Quadrado, consoante a natureza das variáveis.

Procedeu-se a uma análise de variância multivariada (MANOVA) para verificar se as variáveis sociodemográficas (idade, género e NSE) tinham um efeito estatisticamente significativo no conjunto dos fatores extraídos na escala BPAPS. A MANOVA foi conduzida utilizando-se como referência o *Pillai's trace*. Quando se observaram efeitos significativos, procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguida do teste *post-hoc* HSD de Tukey que permitiu as comparações múltiplas das médias nas variáveis com mais de dois níveis.

Resultados

Caracterização da amostra

Mais de um terço dos adolescentes (38,9%) referiu ter um problema de saúde ou uma doença crónica (Tabela 13). No entanto, mais de metade perceciona a sua saúde como muito boa ou excelente e apenas 1,8% como má ou muito má. Um número elevado de jovens já teve pelo menos uma experiência de internamento, sobretudo por situações cirúrgicas, como apendicectomia e extração de adenoides, ou por situações médicas como asma, infeções respiratórias, gastroenterites e traumatismos, e a maioria referiu ter médico de família.

Tabela 13. Características socio demográficas e situação de saúde dos participantes

	n	(%)
Idade /anos ^a		
13-15	552	(56,2)
16-19	430	(43,8)
Género (N= 977)		
Raparigas	563	(57,6)
Rapazes	414	(42,4)
Nacionalidade (N=977)		
Portuguesa	885	(90,6)
Outra	92	(9,40)
Ano Escolaridade (N=982)		
Ensino básico (8º/9º anos)	450	(45,8)
Ensino secundário (10º/11º/12º anos)	532	(54,2)
Nível Socio Educacional (N=975)		
Elevado	283	(29,0)
Médio	296	(30,4)
Baixo	396	(40,6)
Mãe desempregada (N=902)	100	(11,1)
Pai desempregado (N=853)	103	(12,1)
Problema de saúde/Doença crónica ^b (N=963)		
Não	588	(61,1)
Sim ^c	375	(38,9)
Experiência de internamento (N= 968)		
Não	553	(57,1)
Sim	415	(42,9)
Frequência habitual dos serviços de saúde (N=979)		
Nunca/Raramente	305	(31,2)
Às vezes	574	(58,6)
Frequentemente	100	(10,2)
Ter médico de família (N=980)		
Não	132	(13,5)
Sim	745	(76,0)
Não sabe	103	(10,5)
Perceção subjetiva do estado geral de saúde (N=968)		
Excelente	164	(16,9)
Muito boa	378	(39,0)
Boa	409	(42,3)
Má/Muito Má	17	(1,8)

^a M= 15,22 (DP=1,66). ^b (Doenças como alergias, asma, diabetes, problemas de visão/audição, escoliose, entre outras). ^c Alguns adolescentes responderem a mais do que uma condição.

Frequência de utilização dos serviços de saúde

A maioria dos participantes (58,6%) fez uma utilização habitual regular dos serviços de saúde, e um em cada dez jovens indicou uma utilização frequente dos mesmos, no entanto cerca de um terço dos adolescentes (31,2%) referiu que nunca ou raramente os utilizou.

Esta utilização tem padrões diferentes em função de algumas variáveis sociodemográficas. As raparigas ($\chi^2(2)=33.236$; $p<.001$), os adolescentes mais novos

($\chi^2(2)=8.361$; $p=.015$) e os de NSE mais baixo ($\chi^2(4)= 14.131$; $p<.007$) reportaram utilizar habitualmente os serviços de saúde com maior frequência.

Quanto à experiência em diferentes serviços de saúde nos últimos 12 meses (Tabela 14) constata-se que o centro de saúde foi o mais utilizado, seguido dos serviços de urgência e das consultas em contexto hospitalar, sendo os serviços privados um pouco menos utilizados.

Tabela 14. Experiência de utilização dos diferentes serviços de saúde nos últimos 12 meses

	Urgência	Centro Saúde	Hospital/ Consultas	Médico Privado/ Clínicas
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Nunca foi	327 (33,7)	121 (12,4)	388 (39,8)	437 (44,9)
1 vez	239 (24,6)	227 (23,2)	273 (28,0)	238 (24,5)
2-3 vezes	283 (29,1)	442 (45,2)	223 (22,9)	197 (20,2)
4 ou + vezes	122 (12,6)	188 (19,2)	91 (9,3)	101 (10,4)
Total	971 (100)	978 (100)	975 (100)	973 (100)

Motivos de procura dos serviços de saúde pelos adolescentes

Os adolescentes referiram vários motivos para procurar os serviços de saúde nos últimos 12 meses. Salvaguardando que o mesmo adolescente podia assinalar vários motivos, verifica-se (Figura 5) que a doença, tratamentos ou acidentes são os motivos dominantes na procura dos serviços de saúde, seguidos da vacinação que é semelhante à frequência das consultas de vigilância de saúde, e apenas catorze em cada cem os procurou para falar sobre os seus problemas ou por necessidade de informação e conselhos. Os dados indicam que só metade dos adolescentes visitou os serviços de saúde para consulta de vigilância de saúde no último ano, e que entre os adolescentes que recorreram por doença, cerca de metade também procurou a consulta de vigilância de saúde.

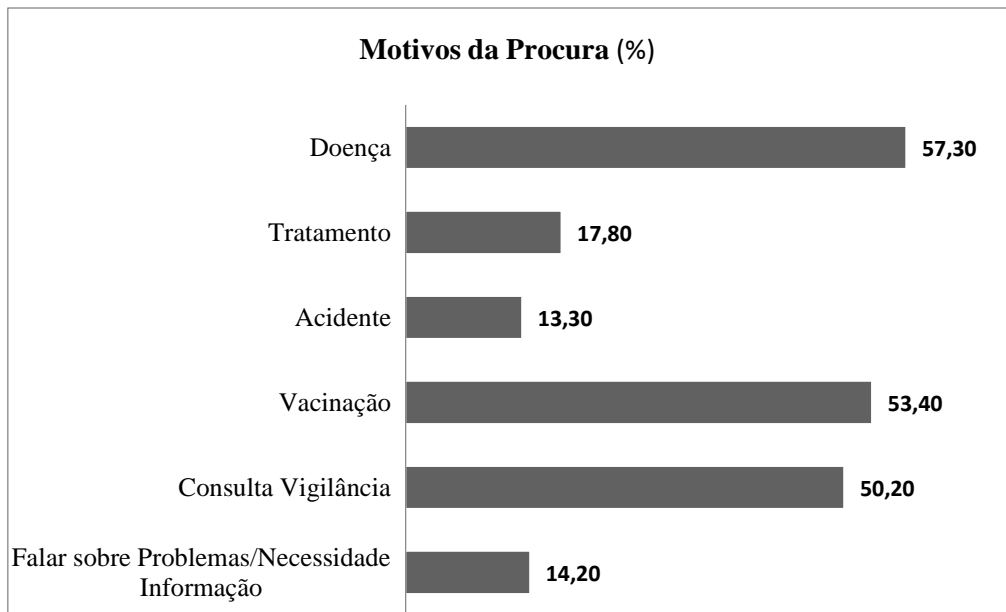


Figura 5. Frequência dos motivos de procura dos serviços de saúde, últimos 12 meses (%)

Perceção da baixa procura e fontes de apoio para preocupações de saúde

A maioria dos adolescentes (58,9%) concordou que os jovens não procuram os serviços e os profissionais de saúde, ou procuram menos do que aquilo que precisam, enquanto 29,1% revelaram estar indecisos, e uma minoria (12%) discordou.

A fonte de apoio preferida pelos adolescentes para falar dos seus problemas e preocupações com a saúde foi em primeiro lugar a mãe (33,3%), seguida dos “pais” (18,8%), com o médico a ocupar o terceiro lugar (14,3%), seguindo-se os amigos e os irmãos, entre outros recursos. São nomeados outros profissionais como enfermeiros e psicólogos, em número muito reduzido. Salienta-se que cerca de 4% responderam “ninguém”.

Barreiras percebidas pelos adolescentes na procura dos serviços de saúde (BPAPS)

Para identificar os fatores subjacentes ao conjunto dos itens da escala BPAPS procedeu-se a uma análise fatorial exploratória (AFE), seguida de rotação ortogonal (*Varimax*) onde se retiveram, face aos critérios definidos, 23 dos 26 itens iniciais.

Tabela 15. Análise Fatorial (varimax) dos itens da BPAPS: Pesos fatoriais, variância explicada e índices de consistência interna

Itens	Fatores ^a			
	1	2	3	4
23. Pensar que os profissionais usam uma linguagem difícil de compreender	.702			
21. Pensar que os rececionistas são antipáticos	.700			
24. Pensar que os profissionais só se preocupam com as doenças	.699			
22. Pensar que os profissionais podem não valorizar as suas queixas ou preocupações	.635			
25. Pensar que os profissionais não sabem compreender os jovens	.635			
16. Sentir que os profissionais estão pouco disponíveis para o ouvir e compreender	.625			
17. Pensar que muitos profissionais não sabem lidar com os jovens	.619			
20. Não haver consultas só para adolescentes	.579			
14. Pensar que alguns profissionais são antipáticos e arrogantes	.545			
4. Não querer que os pais saibam		.771		
11. Ter vergonha		.742		
3. Ter medo do que os profissionais possam pensar e dizer		.646		
19. Pensar que nos serviços não respeitam a confidencialidade (não mantêm segredo)		.538		
26. Ter medo de encontrar pessoas conhecidas		.507		
12. O horário de atendimento não ser adequado			.705	
6. Ter dificuldades no transporte para os locais			.696	
8. Não poder pagar (é caro)			.656	
10. Ter dificuldade em marcar/ ou não saber como marcar uma consulta			.599	
15. Não conseguir que os pais os levem			.568	
18. Haver longos tempos de espera			.459	
1. Pensar que os profissionais de saúde não o podem ajudar				.620
13. Os jovens darem pouco valor à saúde				.619
7. Pensar que o problema é pouco importante (vai desaparecer por si)				.505
Variância Explicada (Total=54,6%)	19.86%	14.66%	12.57%	7.49%
<i>Alpha de Chronbach</i>	.88	.78	.76	.61

^a Fatores correspondentes: (1) Crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais, (2) Preocupações com a privacidade e confidencialidade, (3) Dificuldades na acessibilidade, (4) Pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais

Extraíram-se quatro fatores que, no seu conjunto, explicam 54,6% da variância e todos eles revelaram uma boa ou aceitável consistência interna à exceção do quarto, aceitável atendendo a que inclui apenas três itens (Alfa de Cronbach entre 0.61 a 0.88)

O primeiro fator, *crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais*, que obteve a média mais baixa (M=3.04; DP=0.80), inclui nove itens respeitantes a características e atitudes dos profissionais que não favorecem o atendimento e a relação

com o adolescente. Os itens que revelaram maior concordância foram “*pensar que alguns profissionais são antipáticos e arrogantes*” (M=3.24) e “*pensar que os profissionais podem não valorizar as suas queixas ou preocupações*” (M=3.23).

O segundo fator, *preocupações com a privacidade e confidencialidade*, apresentou a média mais elevada (M=3.54; DP=0.84). Integra cinco itens alusivos aos receios de que a privacidade e confidencialidade não sejam respeitadas. Salientam-se os itens “*ter vergonha*” (M=3.83), “*não querer que os pais saibam*” (M=3.75) e “*ter medo do que os profissionais possam pensar e dizer*” (M= 3.59).

O terceiro fator, *dificuldades na acessibilidade*, com a terceira média (M=3.22, DP=0.74), é composto por seis itens onde constam condições materiais ou estruturais que podem dificultar o acesso ou desmotivar a procura dos serviços. Os itens “*haver longos tempos de espera*” (M=3.69) e o “*não poder pagar*” (M=3.57) foram os que obtiveram a média mais elevada.

Por último, o quarto fator, *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais*, (M=3.37; DP=0.87), com três itens, é o segundo onde os adolescentes revelam maior média e reflete a desvalorização da saúde e da ajuda dos profissionais de saúde. “*O pensar que o problema é pouco importante, que vai desaparecer por si*” é o item com a média mais alta (M=3.85).

Relação entre barreiras e motivos de procura dos serviços de saúde

No que se refere à relação entre os motivos que levaram os adolescentes a procurar os serviços de saúde nos últimos 12 meses e as dimensões das barreiras, verificou-se que os adolescentes que procuraram os serviços para consulta de vigilância (M=3.62) e os que não procuraram com este motivo (M=3.47) se diferenciavam na sua valorização das *preocupações com a privacidade e confidencialidade* ($t(915) = 2.738$, $p=.006$). O mesmo se verificou na *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* ($t(931) = 2.909$, $p=.004$), também com uma média superior para os que procuraram (M=3.45) comparativamente aos adolescentes que não procuraram os serviços para consultas de vigilância (M=3.29).

No mesmo sentido e quanto às *preocupações com a privacidade e confidencialidade* ($t(915) = 3.102$, $p=.002$), os adolescentes que procuraram os serviços de saúde para falar sobre os problemas ou por necessidade de informação, apresentaram médias superiores (M=3.76), em comparação com os que não o fizeram (M=3.51). Também relativamente à *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais*

($t(931) = 2.726, p=.007$), os que recorreram para falar de problemas ou informação apresentaram uma média superior ($M=3.56$) aos que não foram ($M=3.34$).

Relação entre barreiras e frequência de utilização e experiência com diferentes serviços de saúde

Quanto à relação entre a frequência de utilização habitual dos serviços de saúde e as barreiras identificadas, não se observaram diferenças significativas entre os adolescentes com diferentes níveis de utilização.

No entanto, no que diz respeito à experiência com os diferentes serviços de saúde nos últimos 12 meses, verificam-se diferenças significativas em duas dimensões. Nas *preocupações com a privacidade e confidencialidade* ($F(3, 946) = 4.532, p=.004$), os adolescentes que não utilizaram os serviços privados concordaram menos ($M=3.43$) do que os que foram uma vez ($M=3.64$), duas a três vezes ($M=3.58$) e quatro vezes ou mais ($M=3.68$). No mesmo sentido, na dimensão *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* ($F(3, 963) = 4.141, p=.006$), os jovens que nunca foram ao médico privado concordam menos ($M=3.26$) do que os utilizaram uma ($M=3.48$) ou 4 vezes ou mais ($M=3.46$) ou mais vezes.

Relação entre barreiras e a opinião dos adolescentes sobre a não procura dos serviços de saúde pelos jovens

Verificaram-se correlações positivas e fracas, mas estatisticamente significativas, entre o grau de concordância dos adolescentes com a asserção de que há muitos jovens que não procuram os cuidados de saúde ou procuram menos que necessário e as *crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais* ($r=.175, p<.001$), as *preocupações com a privacidade e confidencialidade* ($r=.292, p<.001$), as *dificuldades na acessibilidade* ($r=.112, p=.001$), bem como com a *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* ($r=.267, p<.001$).

Relação entre barreiras e variáveis sociodemográficas

Em seguida efetuou-se uma análise de variância multivariada para verificar se as variáveis socio demográficas tinham efeitos sobre as dimensões emergentes na BPAPS. Os resultados da MANOVA revelaram alguns efeitos estatisticamente significativos, para a idade (Traço de Pillai=.033; $F(4, 902) = 7.731, p<.001$; $\eta^2 p=.033$; Potência=.998), género (Traço de Pillai=.028, $F(4, 902) = 6.489, p<.001$; $\eta^2 p=.028$;

Potência=.991), e NSE (Traço de Pillai=.035, $F(8, 1806)=3.988$, $p<.001$; $\eta^2p=.017$; Potência=.993). Observada a significância multivariada nos fatores procedeu-se à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes (Tabela 16).

Em relação à idade, os adolescentes mais velhos revelaram estar mais de acordo com o facto de *as questões de confidencialidade e privacidade* e a *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* serem possíveis barreiras à procura dos serviços de saúde pelos jovens.

Quanto ao género, as raparigas concordaram mais que *as questões de privacidade e confidencialidade*, assim como *as crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais* podem constituir barreiras à procura dos cuidados de saúde pelos jovens.

Finalmente, os adolescentes de NSE mais baixo concordaram mais que *crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais* constituem obstáculos à procura dos serviços de saúde, comparativamente aos de NSE mais elevado.

Em relação à acessibilidade não se verificaram diferenças significativas em função das variáveis socio demográficas.

Tabela 16. ANOVAs dos fatores da BPAPS em função das variáveis sociodemográficas

Fatores da BPAPS	<i>F</i>	<i>p-Value</i>	<i>M (DP)</i>	<i>95% CI</i>
1. Crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais				
Género: raparigas	(1, 947) =8.522	.004	3.10 (.74)	[3.03, 3.17]
rapazes			2.95 (.87)	[2.86, 3.03]
NSE: baixo	(2, 943) =4.643	.010	3.12 (.83) ^{a*}	[3.03, 3.19]
médio			3.01 (.79)	[2.92, 3.11]
elevado			2.93 (.76) ^{a*}	[2.83, 3.02]
2. Preocupações com a privacidade e confidencialidade				
Idade: 13-15	(1, 957) =5.220	.023	3.48 (.90)	[3.41, 3.55]
16-19			3.61 (.76)	[3.52, 3.69]
Género raparigas	(1, 954) =17.554	<.001	3.63 (.81)	[3.56, 3.70]
rapazes			3.40 (.87)	[3.32, 3.48]
3. Dificuldades na acessibilidade	-	<i>ns</i>	-	-
4. Pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais				
Idade: 13-15	(1, 974) =7.108	.008	3.30 (.93)	[3.22, 3.37]
16-19			3.45 (.78)	[3.36, 3.53]

NSE=Nível Socio Educacional; CI = Intervalo de Confiança. Nota: Apresentam-se só os resultados estatisticamente significativos; ^aTestes *Post hoc*: Tukey's Test: * $p <.05$, ** $p <.01$, *** $p <.001$

Discussão

Este estudo propôs-se conhecer os motivos de procura e aumentar a compreensão sobre as barreiras à procura dos serviços de saúde identificadas por adolescentes portugueses e urbanos, com recurso a instrumentos construídos para esse efeito. Apesar de os resultados confirmarem que a maioria dos jovens frequenta com alguma regularidade os serviços de saúde, sendo o centro de saúde o local mais visitado, seguido das urgências, cerca de um terço refere que nunca ou raramente os utilizou.

Em concordância com dados disponíveis em documentos oficiais e resultados de estudos anteriores, foram as raparigas, (ARSLVT, 2013; Raviv, Raviv, Vago-Gefen & Fink, 2009) os adolescentes mais novos, (ARSLVT, 2013; INE, 2009; Booth et al., 2004) e os de NSE mais baixo (ARSLVT, 2014; Vingilis, Wade & Seeley, 2007) que mais frequentaram os serviços de saúde.

Com referência ao último ano, os adolescentes procuraram os serviços de saúde maioritariamente por motivos relacionados com doença, acidentes e tratamentos, embora também os tenham utilizado com alguma frequência para vacinação e consulta de vigilância de saúde. No entanto, e em concordância com a literatura disponível, constata-se que cerca de metade dos adolescentes não relata ter frequentado os serviços de saúde por motivos de vigilância ou prevenção durante o último ano (Booth, et al., 2008; Coker et al., 2010; Machado, Alves & Couceiro, 2011; Tavares & Fonseca, 2009; Weiss et al., 2014) O número de jovens que recorreu aos serviços para obter informação ou falar sobre os seus problemas e dúvidas relacionadas com a saúde foi bastante escasso, o que pode ser explicado em parte pela preferência dos jovens por fontes informais de informação e ajuda em desfavor dos profissionais de saúde (Loureiro, 2014; Sullivan et al., 2002). No presente estudo e à semelhança de outros trabalhos (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001), foi a mãe a principal referência para falar sobre os seus problemas e preocupações com a saúde, seguida do pai, figuras que detêm a responsabilidade pela proteção e controlo sobre as questões da saúde dos filhos (Rothì & Leavey, 2006). O médico surgiu em terceiro lugar, sendo sem dúvida o profissional de referência. Os motivos identificados pelos participantes para a procura dos serviços reforçam uma perspetiva maioritariamente biomédica de utilização para motivos de diagnóstico, tratamento ou prevenção da doença através da vacinação, sugerindo que estes serviços são menos reconhecidos como um recurso para a resolução de problemas ou procura de informação.

A maioria dos adolescentes concorda que os jovens não procuram ou procuram menos do que deviam os serviços de saúde, e há um conjunto de barreiras de ordem interna e externa, que, na perspetiva destes adolescentes podem reduzir, dificultar ou impedir a procura dos serviços de saúde pelos jovens.

Os resultados confirmam que as barreiras mais valorizadas pelos jovens neste estudo são próximas das encontradas em estudos semelhantes noutros países. Verificou-se que as *preocupações com a privacidade e confidencialidade* foi a dimensão que obteve maior concordância (e.g., Booth et al., 2004; Gleeson, Robinson & Neal, 2002; Lim et al., 2012), sendo o ter vergonha e não querer que os pais saibam, assim como pensar que nos serviços não se respeita a confidencialidade, os aspetos mais valorizados, sobretudo pelas raparigas e pelos adolescentes mais velhos, também em concordância com estudos anteriores (Carlisle, et al., 2006). Assegurar a confidencialidade é uma condição fundamental à discussão de assuntos “mais sensíveis” entre o adolescente e o profissional, como a sexualidade, consumo de substâncias, ideação suicida, entre outros (Lerner, Pantell, Tebb & Shafer, 2007; Coker et al., 2010). Os resultados do estudo de Lerner e colegas (2007) sugerem que condições pouco favoráveis à confidencialidade diminuem a utilização dos cuidados de saúde pelos adolescentes em maior risco de ter consequências negativas para a saúde.

Também a *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* obteve concordância. O escasso reconhecimento do problema e a desvalorização da saúde e da ajuda dos profissionais está frequentemente associado a uma baixa intenção de procurar e de aceitar ajuda (Wilson & Deane, 2012). São de novo os adolescentes mais velhos que mais concordam com esta dimensão. Segundo Marcell e Halpern-Felsher (2005) a pouca utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes pode refletir a reduzida capacidade, quer para identificar algumas questões como problemas de saúde, quer para compreender o papel do médico no aconselhamento sobre estes problemas. Estas crenças acerca da gravidade do problema ou da eficácia do profissional variam com a idade, género e o problema de saúde (Marcell & Halpern-Felsher, 2005).

As *dificuldades na acessibilidade* ocuparam uma posição intermédia na concordância dos adolescentes, sendo que os longos tempos de espera e a dificuldade no pagamento foram mais valorizados do que as dificuldades de transportes e do horário de atendimento. Acresce referir que não se observaram diferenças entre os vários grupos de idade, sexo e NSE, sugerindo tratar-se da dimensão mais transversal, tal como no estudo

de Booth e colegas (2004) e que pode refletir aspetos da organização e funcionamento dos serviços e condições socioeconómicas mais globais.

Por último, mas ainda ligeiramente acima do ponto médio da escala, surgem *as crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais*, onde se destacaram o facto de os profissionais poderem não valorizar as queixas e preocupações do adolescente e serem antipáticos e arrogantes. É interessante serem as raparigas e os adolescentes de NSE mais baixo que mais concordam. Poderá entender-se como fruto de uma maior necessidade de abordar questões mais sensíveis com os profissionais cujas atitudes podem ser percebidas como pouco adequadas (Brown & Wilson, 2009).

Os adolescentes portugueses identificaram barreiras de ordem pessoal e contextual que valorizaram como justificação para uma menor procura ou como impedimentos a uma maior procura dos serviços de saúde pelos jovens. No conjunto de resultados salientam-se fundamentalmente os aspetos que dizem respeito a características associadas ao desenvolvimento do adolescente. A perceção subjetiva de ser saudável associada à crença da ilusão de controlo (Weinstein, 1981) pode traduzir-se nalguma desvalorização da saúde e no pouco reconhecimento dos problemas, pensando que desaparecem por si, sem precisar da ajuda dos profissionais de saúde que parecem não ser considerados importantes fontes de apoio (e.g., Wilson, Deane & Ciarrochi, 2005). A autonomia e a necessidade de independência crescente nesta fase de desenvolvimento podem favorecer estas crenças nos adolescentes mais velhos, assim como aumentar a necessidade de confidencialidade, o que é visível neste grupo ao salientar as preocupações com a privacidade e confidencialidade.

O medo da falta de respeito pela confidencialidade, para além de ser um direito fundamental, pode pôr em causa o seu sentimento de individuação e autonomia nesta fase da construção da identidade. As questões da privacidade e de salvaguarda do respeito pela intimidade, as preocupações com a saúde sexual e reprodutiva são predominantes na fase intermédia e final da adolescência (Sprinthall & Collins, 2003). Também são as raparigas que habitualmente revelam maiores preocupações nesta área e procuram mais os cuidados de saúde.

Do estudo da relação entre as barreiras identificadas e os motivos de procura dos serviços de saúde, salienta-se terem sido os adolescentes que procuraram os serviços de saúde para consulta de vigilância de saúde ou para falar sobre os seus problemas e necessidades que mais valorizaram *a privacidade e confidencialidade* e a *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais*, reforçando assim a sua concordância

de que estas questões são as principais responsáveis pelos jovens em geral irem pouco ou não irem aos serviços de saúde. No mesmo sentido, são os adolescentes que mais concordaram que os jovens não procuram os serviços, ou procuram menos do que precisam, que mais valorizaram as barreiras como motivos responsáveis desta não procura, sobretudo as *preocupações com a privacidade e confidencialidade* e a *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais*, de novo valorizando menos as *dificuldades com a acessibilidade*.

No entanto, esta opinião dos adolescentes não está associada de forma significativa à frequência de utilização dos serviços. De forma geral, a frequência de utilização habitual dos serviços e a experiência com os centros de saúde, hospital/consultas e urgências nos últimos 12 meses não surgiram como variáveis importantes nas barreiras identificadas pelos adolescentes, sendo que apenas os adolescentes que foram a consultas privadas apresentam uma concordância mais elevada com as dimensões *preocupações com a privacidade e confidencialidade* e *pouca valorização da saúde e da ajuda dos profissionais* do que os que nunca foram ou foram menos vezes. É possível que, de entre os jovens que tenham maior oportunidade de escolha por terem acesso a serviços privados sejam os que mais valorizam a privacidade, enquanto as atitudes dos profissionais são mais valorizadas pelos que mais procuram os serviços.

Apesar de o desenho deste estudo não permitir estabelecer relações de causalidade, estes resultados, e a sua consistência com estudos noutros países, sugerem por um lado, que estas perspetivas dos jovens serão possivelmente mais influenciadas por características desenvolvimentistas globais inerentes à adolescência do que por condições específicas dos serviços em cada país ou região. Por outro lado, a maior ou menor valorização destas barreiras pode não estar a influenciar diretamente e de forma significativa a procura dos serviços. Vários outros fatores individuais e contextuais poderão influenciar a frequência de utilização dos serviços de saúde, nomeadamente o estado de saúde e o nível de autonomia.

De forma global podemos afirmar que os resultados deste estudo são consistentes com o Behavioral Model of Health Service Use (BMHSU, Andersen, 1995; 2008), ao identificar barreiras relacionadas com a baixa perceção de problemas e com crenças desfavoráveis, assim como com condições estruturais, e ao encontrar indicadores de algum efeito de variáveis sociodemográficas na identificação dessas barreiras.

Conclusões

Este estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra inclui apenas adolescentes a frequentarem a escola, excluindo grupos de jovens potencialmente mais vulneráveis, provavelmente com experiências e ideias diferentes sobre os obstáculos à procura dos cuidados de saúde, e que devem considerar-se em futuros estudos. Como a amostra foi circunscrita ao concelho de Lisboa os resultados não se podem generalizar à população de outras regiões.

Sendo um estudo transversal, permitiu identificar crenças e perspetivas dos jovens Portugueses e relacioná-las com dados da sua experiência com os serviços e com dimensões sociodemográficas. No entanto, não permite estabelecer qualquer relação ou direção de causalidade, não sendo possível averiguar até que ponto estas crenças afetam a procura concreta dos serviços.

No entanto, é possível apontar algumas implicações importantes para a organização dos serviços de promoção da saúde e de prevenção dos riscos de saúde na adolescência. Minimizar as barreiras identificadas poderá aumentar a probabilidade de uma procura mais adequada dos cuidados promotores de saúde (Wilson & Deane, 2001; Wilson et al., 2008). Por um lado, é fundamental intervir em relação à dimensão estrutural dos serviços, que condiciona as condições físicas e de organização que dão suporte aos requisitos de privacidade e confidencialidade (Ford, 2007). Contudo, a dimensão relacionada com as características dos profissionais que trabalham nos serviços surge como mais valorizada, cabendo-lhes oferecer cuidados apropriados aos jovens que reconheçam a sua individualidade, que lhes garantam o respeito pelos seus problemas sem sentirem vergonha de os expor e sem medo daquilo que os profissionais possam pensar e dizer, preservando o direito de não quererem que os pais tenham conhecimento do uso que eles fazem dos serviços de saúde. Os comportamentos dos profissionais de saúde que assegurem a confidencialidade aos adolescentes encorajam a construção da confiança, o principal alicerce à relação com o profissional (Klostermann, Slap, Nebrig, Tivorsak & Britto, 2005).

Adicionalmente, os profissionais precisam centrar-se na compreensão das crenças e atitudes dos adolescentes que se constituem como obstáculos à procura adequada de apoio, como terem dificuldade no reconhecimento do problema, e intervir na consciencialização dos benefícios da ajuda dos profissionais de saúde (Raviv et al., 2009). Como sugere o estudo de Rughani e colegas (2011) uma melhor compreensão

dos benefícios da ajuda dos profissionais por parte dos adolescentes pode ser a melhor estratégia para aumentar a utilização dos serviços de saúde.

No entanto, a escassa formação e experiência dos profissionais de saúde para trabalharem com adolescentes têm sido apontadas como condições subjacentes a algumas das barreiras identificadas (Gleeson et al., 2002). Políticas que admitam esta carência e reforcem a formação dos profissionais na área da saúde e do desenvolvimento do adolescente são fundamentais (Ambresin Michaud & Haller, 2014; Hargreaves, 2011; NCB, 2012; Sawyer & Patton, 2015; WHO, 2012, 2015). Releva-se a importância do desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais que assegurem o compromisso explícito de oferecer cuidados confidenciais, designadamente em Cuidados de Saúde Primários (Gilbert, Rickert & Aalsma, 2014), atendendo às diferentes fases de desenvolvimento na adolescência (Paperny, 2011) e esclarecendo os limites face à impossibilidade dessa garantia (Carlisle et al., 2006).

Reconhecer que os adolescentes procuram os serviços maioritariamente por motivos de doença e seu tratamento ou para procura de medidas (em parte obrigatórias) de prevenção, como a vacinação, pode sugerir que estes encontros passem a ser também momentos importantes para abordar outros aspetos mais gerais relacionados com a promoção da saúde ou a tomada de consciência de problemas ou comportamentos de risco.

Futuros estudos sobre fatores facilitadores ou obstáculos à procura dos cuidados de saúde pelos adolescentes, com recurso a diferentes metodologias e desenhos mais complexos, nomeadamente longitudinais, poderão captar o processo de reconhecimento de problemas, identificação de fontes de ajuda e procura dos serviços, para melhor poder identificar os fatores e momentos chave que poderão potenciar práticas profissionais e políticas que promovam a procura dos serviços de saúde pelos jovens, não só por doença e tratamento mas com o objetivo de vigilância e promoção da saúde.

4.3. (In)Satisfação dos adolescentes com os profissionais e serviços de saúde

Resumo

Os adolescentes procuram pouco os serviços de saúde, particularmente no âmbito da promoção da saúde, numa fase de desenvolvimento crucial à aquisição de comportamentos de saúde. Alguns estudos comprovam que a utilização destes serviços está associada à satisfação com a qualidade dos cuidados. Defende-se que os cuidados de saúde devem ser centrados no adolescente, respondendo às suas necessidades e preferências, mas sabemos pouco sobre a satisfação dos jovens portugueses com os mesmos. Neste estudo, pretendeu-se conhecer o grau de (in)satisfação dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde e os motivos subjacentes, e explorar a relação da satisfação com idade, género, e nível socio educacional (NSE). Participaram 982 adolescentes, dos 13 aos 19 anos, que responderam a perguntas fechadas e abertas relativamente à satisfação com os serviços e profissionais de saúde. Os adolescentes revelaram maior satisfação com os profissionais (65% com o médico, 59,5% com o psicólogo e 56% com o enfermeiro) comparativamente aos serviços de saúde, onde menos de metade (40%) se manifestou satisfeito. Os mais novos referiram maior satisfação com o médico, psicólogo e serviços, não havendo diferenças em função do género e NSE. Os motivos de satisfação/insatisfação indicados pelos adolescentes informam sobre a qualidade das práticas dos profissionais e condições dos serviços mais apreciadas e que podem contribuir para a organização dos cuidados de saúde “*amigos*” dos adolescentes e aumentar a probabilidade dos jovens procurarem os cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: Adolescentes; Satisfação; Experiência; Profissionais de Saúde; Serviços de Saúde

Resumen

Los pequeños adolescentes que buscan atención de salud, en particular en el contexto de la promoción de la salud, una etapa de desarrollo crucial para la adquisición de sano o amenazar a los comportamientos de salud. Algunos estudios muestran que el uso de estos servicios se asocia con el grado de satisfacción de los clientes con la calidad de la atención. Se argumenta que el cuidado de la salud debe estar centrado adolescente, respondiendo a sus deseos y necesidades, pero sabemos poco acerca de la satisfacción de los jóvenes con ellos. En este estudio se pretende: conocer la (des)satisfacción de los adolescentes con los servicios y los profesionales de la salud, y las razones subyacentes; explorar su asociación con la edad, género, nivel socio y educativo (NSE) de los jóvenes. Participaron 982 adolescentes de 13 a 19, que respondieron a un cuestionario elaborado para este estudio, que se incluye preguntas cerradas y abiertas con respecto a la satisfacción con los servicios y profesionales de la salud. Se utilizó el análisis de contenido y el análisis estadístico. Los adolescentes presentaron una mayor satisfacción con los profesionales (65% con el médico, el 59,5% con el psicólogo y el 56% con la enfermera) en comparación con los servicios de salud, en los que menos de la mitad (40%) expresaron su satisfacción con el funcionamiento de los servicios. Os más joven reportan una mayor satisfacción con el médico, psicólogo y servicios sin diferencias en cuanto al sexo y NSE. Las razones de la satisfacción/ insatisfacción señalado por los adolescentes informes sobre la calidad de la práctica profesional y las condiciones de los servicios más apropiados para la atención de la salud "amigable" de los adolescentes, en los que una mayor satisfacción motiva una mayor demanda de atención primaria.

Palabras clave: Adolescentes; Satisfacción; Experiencia; Profesionales de la Salud; Servicios Salud

Introdução

Os adolescentes são o grupo etário que menos contacto tem com os serviços de saúde (Ma, Wang & Stafford, 2005; Loureiro, 2014). A crença frequente de que se trata do grupo etário mais saudável a nível da população em geral (WHO, 2014_a, 2016), associada a um afastamento dos cuidados de saúde (CdS) inerente a características do desenvolvimento e a fatores contextuais, tem determinado uma tradicional falta de acompanhamento dos adolescentes pelos profissionais de saúde (Jerónimo, Arriaga, Pascoal Moleiro & Luz, 2014), reduzindo as possibilidades de uma intervenção que responda às suas necessidades físicas, psicossociais e emocionais (Loureiro, 2014).

Trata-se do “subgrupo pediátrico com a maior taxa de abandono/absentismo de consultas médicas de seguimento” (Jerónimo et al., 2014, p.130), constituindo uma limitação nos cuidados ambulatoriais que é fundamental ser compreendida (Ferreira, Freira, Ferreira & Fonseca, 2011). Eles recorrem aos CdS maioritariamente quando estão doentes, principalmente aos serviços de urgência (Fonseca, 2012; Ma, Wang & Stafford, 2005), e procuram menos os cuidados de saúde primários (CSP) com o objetivo de vigilância e de promoção da saúde (e.g., DGS, 2006; Machado, Alves & Couceiro, 2011; American Academy of Pediatrics (AAP_a, 2008; Booth, Knox & Kang, 2008).

Contudo, apesar de procurarem os CSP menos que o desejável, há muitos adolescentes que frequentam estes serviços quer por doença quer para vacinação e/ou consulta de vigilância de saúde pelo menos uma vez por ano (ARSLVT, 2013, 2014; Hetlevik, Haug & Gjerdal, 2010; McPherson, 2005; Ozer et al, 2009, 2011). São sobretudo as raparigas (ARSLVT, 2013; Marcell, Ford, Pleck & Sonenstein, 2007_b) e os adolescentes mais novos (idem, Rothi & Leavy, 2006), quem mais utiliza os serviços de saúde, não existindo concordância em relação à idade e sobretudo ao nível socioeconómico (NSE) (Vingilis et al., 2007).

Os adolescentes têm necessidades e preocupações diferentes das crianças e dos adultos, intrínsecas ao seu período de desenvolvimento (Paperny, 2011; Beal et al., 2004), e precisam dos profissionais e dos serviços de saúde não só para tratar a doença como para a prevenir, e para responder aos seus problemas de ordem psicossocial com vista ao desenvolvimento saudável (Haller et al., 2014).

No entanto, quando procuram estes serviços nem sempre se sentem bem atendidos e as respostas que obtêm ficam aquém dos seus desejos e necessidades

(Eurostat, 2015; Jones & Bradley, 2007). O que contraria uma das principais orientações dos programas de saúde juvenil (WHO, 2014_a; PNSIJ, 2013), os cuidados centrados no cliente/adolescente, definidos como “cuidados que respeitam e respondem às preferências, necessidades e valores do paciente e que asseguram que os seus valores orientam as decisões clínicas” (Institute of Medicine 2001; Stewart et al., 2000).

Para além de não encontrarem cuidados apropriados às suas necessidades, os jovens também não encontram condições que os satisfaçam e motivem a voltar regularmente aos serviços (Ma et al., 2005). As condições de atendimento são pouco favoráveis à verbalização de assuntos de saúde “mais sensíveis” como o consumo de substâncias, sexualidade ou problemas psicológicos que constituem preocupações e que os adolescentes precisam e gostariam de abordar (Brown & Wisson, 2009). Estes trabalhos têm reforçado a ideia de que a discussão destas questões nos CSP vai ao encontro das expectativas dos jovens com os cuidados e tem um impacto positivo na satisfação e participação no tratamento (Brown & Wisson, 2009). Por outro lado, os resultados de um estudo de Freed e colegas (1998) evidenciaram que as atitudes e comportamentos do profissional na interação com o adolescente são um determinante mais importante na satisfação do que o conteúdo das suas conversas.

Numa revisão de literatura, Biering (2010), com o objetivo de compreender a perceção das crianças e adolescentes sobre a qualidade dos cuidados em psiquiatria e clarificar o conceito de satisfação, identificou três componentes na satisfação dos adolescentes que designou de universais: a avaliação sobre o ambiente e a organização dos serviços (acessibilidade, conforto e limpeza, flexibilidade dos serviços), a relação com o profissional (competências de comunicação como estar atento, saber escutar, simpatia, empatia e compreensão e não fazer julgamentos) e o resultado do tratamento (os adolescentes consideram os serviços eficazes quando experienciam mudanças positivas nos seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos). Este conjunto de fatores que influencia a satisfação dos adolescentes inclui as dimensões de diferentes instrumentos de avaliação (e.g., Garland, Saltzman & Aarons, 2000; Shapiro, Welker & Jacobson, 1997), e dados obtidos em estudos qualitativos (e.g. Buston, 2002) que integraram o trabalho da autora (Biering, 2010).

A satisfação do utente com os serviços de saúde tem sido conceptualizada por diferentes autores como sendo uma consequência da comparação entre as suas expectativas, o desempenho dos profissionais e dos serviços de saúde, e o resultado percebido (Linder-Pelz, 1982, citado por Santos et al., 2007). Envolve uma avaliação

cognitiva e uma resposta emocional, tratando-se de uma avaliação, neste caso do adolescente, sobre a qualidade percebida dos CdS obtidos. Por sua vez, o nível de satisfação desencadeia “escolhas de comportamentos na relação com os CdS, que podem ser de continuidade, de evitamento, ou de alteração de padrões relacionais” (Santos, et al., 2007, p.23).

Segundo Ferreira (2001), a satisfação dos utilizadores está diretamente relacionada com as suas expectativas, necessidades e experiências com os CdS e é uma componente central na avaliação da qualidade dos CdS na perspetiva do utilizador, neste caso do adolescente.

Atualmente existe um amplo consenso no sentido de considerar que CdS de qualidade para os adolescentes são os que respondem aos requisitos dos designados Serviços de Saúde *Amigos dos Adolescentes* (“*Adolescent Friendly Health Services*”). Pretendem-se *acessíveis* (locais e horários de fácil acesso e outras condições facilitadoras da acessibilidade), *aceitáveis* (cuidados que respondam às expectativas dos adolescentes motivando a procura, ex. respeitar a confidencialidade e privacidade; ambiente que garanta a segurança física), que respeitem a *equidade* (igualdade no acesso e no atendimento), sejam *apropriados* (cuidados adequados às necessidades mais específicas, o que pode implicar articulação entre diferentes serviços) e *efetivos* (serviços adequados no momento “certo” e da forma “correta” com resultados positivos em saúde), o que inclui a necessidade de profissionais competentes e motivados para trabalhar com jovens (Tylee, Haller, Graham, Churchill & Sanci, 2007; WHO, 2002, 2012).

Por um lado, a satisfação com os CdS é multidimensional, na medida em que inclui uma avaliação individual de várias componentes dos CdS (Santos et al., 2007), que não depende unicamente de características desses mesmos serviços. Por outro lado, têm sido considerados vários determinantes individuais da satisfação, como por exemplo a idade, género, etnia, NSE, gravidade do problema, a perceção do estado de saúde, crenças e expectativas com a qualidade dos CdS e experiências prévias (Biering, 2010; Ferreira & Lourenço, 2003; Santos et al., 2007).

A literatura revela que a satisfação com os cuidados de saúde tem uma forte influência na procura dos serviços, na adesão às recomendações em saúde e na continuidade de relações positivas com os profissionais de saúde (Anderson et al., s.d.; Dagnew, Tessema & Hiko, 2015), e que a procura dos CSP pelos adolescentes é

reduzida, havendo alguma discrepância entre os cuidados de saúde recebidos e os cuidados desejados pelos adolescentes (AAP, 2008_a; Hargreaves, 2014).

Em Portugal existem sobretudo estudos sobre a satisfação dos utentes em CSP com população de idade superior a 18 anos (e.g., Ferreira, 2001; Ferreira, Luz, Valente, Raposo, Godinho & Felício, 2001; Mendes, Mantovani, Gémito & Lopes, 2013; Santos et al., 2007; Vilaverde Cabral, 2009) e tanto quanto foi possível conhecer, pouco tem sido desenvolvido nesta área com a população adolescente.

Considerando a satisfação como um resultado e um objetivo dos cuidados de saúde, e dada a escassez de estudos com adolescentes no país, é de toda a pertinência conhecer o grau de satisfação dos adolescentes com os cuidados de saúde (Hargreaves & Viner, 2012) e quais os motivos que os jovens apontam nessa (in)satisfação.

Com o presente estudo pretende-se conhecer o grau de satisfação dos adolescentes com os serviços de saúde em geral e os profissionais de saúde em particular; compreender a (in)satisfação à luz dos motivos explicitados pelos adolescentes; e explorar a relação entre a (in)satisfação e, a idade, género e o NSE.

Método

Este estudo transversal, exploratório e descritivo, integra uma investigação mais vasta com recurso a metodologias de natureza qualitativa e quantitativa.

Participantes

No estudo participaram 982 adolescentes, a maioria (57,6%) eram raparigas, com idades compreendidas entre os 13 e 19 anos de idade ($M= 15.22$, $DP=1,66$) que frequentavam entre o 8º e o 12º ano de escolaridade. Quanto ao Nível Socio Educacional (NSE) 40,6% pertenciam a um nível baixo, 30,4% médio e 29% elevado. A maioria (90,6%) era de nacionalidade portuguesa, enquanto uma minoria (9,4%) era natural de África, Brasil e Países de Leste.

A amostra foi recolhida em cinco escolas públicas e uma privada de diferentes freguesias do concelho de Lisboa seleccionadas intencionalmente para que houvesse diversificação do nível socioeconómico da amostra.

Instrumento de recolha de dados

O facto de não existirem instrumentos nacionais que respondessem às questões e aos objetivos que orientaram este trabalho determinou a construção de um instrumento

para este estudo, fundamentado na literatura nacional e internacional (e.g., Biering, 2010; Buston, 2002; Ferreira, 2001; Ferreira et al, 2001; Garland, Saltzman e Aarons, 2000; Moules, 2009; Santos et al., 2007; Shapiro, et al., 1997; Sovd, Mmari, Lipovsek & Manaseki-Holland, 2006).

Na revisão da literatura encontraram-se várias escalas internacionais de avaliação da satisfação dos adolescentes com os serviços de saúde, particularmente os de saúde mental. No entanto, os próprios autores das escalas (Ayton, Mooney, Sillifant, Powls & Rasool, 2007; Garland et al., 2000; Shapiro et al., 1997) referem várias críticas e limitações, quer em relação às características do tipo de instrumentos (e.g., escalas unidimensionais, pouca especificidade nos itens e com pouco interesse clínico), quer às condições de aplicação (e.g., entrevistas telefónicas, aplicação por profissionais de saúde), bem como aos resultados obtidos (níveis frequentemente elevados de satisfação, e a dificuldade em identificar os motivos de insatisfação).

Estes foram os principais motivos para se terem incluído neste instrumento perguntas fechadas e abertas, dando oportunidade aos adolescentes para expressarem e justificarem livremente a sua opinião, pronunciando-se sobre a (in)satisfação sentida quer em relação aos serviços em geral quer a alguns profissionais em particular. À semelhança de Santos e colegas (2007), ao defenderem que os estudos de satisfação devem ser alicerçados nas experiências individuais dos respondentes, pediu-se aos adolescentes para se reportarem às suas experiências prévias.

O instrumento incluiu três secções, a primeira onde se pretendia caracterizar:

Os motivos de procura/utilização dos serviços de saúde, nos últimos 12 meses. Apresentaram-se sete situações alternativas (estar doente, ter um acidente, fazer um tratamento, fazer vacinas, ir a consulta de rotina/vigilância saúde, querer falar sobre problemas e/ou ter necessidade de informação e conselhos), com a possibilidade de ser assinalada mais do que uma opção.

Os profissionais de saúde que atenderam os adolescentes, nos últimos 12 meses. Entre as sete opções respeitantes a diferentes profissionais (e.g., médico de família, pediatra, enfermeiro, psicólogo, dentista) o adolescente podia assinalar mais do que uma, respondendo à questão “*Qual /quais os profissionais de saúde te atenderam?*”

A segunda secção destinou-se à avaliação da satisfação dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde.

Satisfação com os serviços de saúde em geral e com cada profissional em particular, considerando-se o médico, o enfermeiro e o psicólogo por serem os profissionais que os adolescentes mais salientaram num estudo qualitativo prévio.

Para avaliar a satisfação com os profissionais apresentava-se uma pergunta: *“Pensa naquilo que tem acontecido contigo. De uma forma geral, como te sentes em relação às experiências que tens tido com alguns profissionais de saúde em particular?”* Em relação à avaliação dos serviços apresentava-se a seguinte questão: *“Agora pensa nos locais onde funcionam os serviços de saúde e onde tu já estiveste. De forma geral como te tens sentido nesses locais?”*

Para cada uma das quatro situações (médico, enfermeiro, psicólogo e serviços em geral) a avaliação foi efetuada através de uma escala de resposta tipo Likert com 5 pontos (*1=Nada Satisfeito; 2= Pouco Satisfeito; 3=Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito; 4=Muito Satisfeito; 5=Totalmente Satisfeito*), havendo a opção de resposta *“Nunca estive/Não me lembro”*. A esta escala seguia-se uma pergunta aberta, mas com espaço limitado, onde se pedia que referissem um ou dois aspetos que justificassem o grau de satisfação anteriormente atribuído.

Na terceira, e última parte, solicitavam-se os *dados de caracterização sociodemográfica e da situação de saúde* dos adolescentes, incluindo a idade, género, nacionalidade, freguesia/concelho de residência, Nível Socio Educacional (NSE) e ano de escolaridade, assim como dados sobre a situação de saúde. Para efeito de análise de resultados, constituíram-se dois grupos etários (13-15 anos e 16-19 anos) e o NSE foi construído a partir do nível de escolaridade da mãe e do pai com a profissão da mãe e do pai ($\alpha=.90$), segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010). Foi agregado em três níveis: baixo, médio e elevado⁹.

Quanto ao conhecimento da situação de saúde foram recolhidos dados sobre presença de doença crónica e experiência de internamento, e a avaliação subjetiva da situação de saúde.

Procedimentos

O estudo foi aprovado pela Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular da Direção Geral da Educação do Ministério da Educação e Ciência.

⁹ NSE baixo (até ao 9º ano de escolaridade e trabalhadores não qualificados e profissionais qualificados da indústria, agricultura e proteção e segurança); médio (do 10º ao 12º ano e ensino técnico e profissional, associado a pessoal administrativo, técnicos e profissões de nível intermediário); elevado (licenciatura, mestrado ou doutoramento e especialistas das atividades intelectuais e científicas, representantes dos órgãos legislativos e executivos e forças armadas)

Contactaram-se os conselhos executivos de escolas de várias freguesias do concelho de Lisboa, solicitando a participação no estudo. Em cada uma das seis escolas que aceitaram colaborar, foram selecionadas aleatoriamente uma ou duas turmas de cada ano de escolaridade (8º ao 12º ano), dependendo da dimensão, cabendo às escolas prestar informação e obter autorização dos encarregados de educação.

A aplicação do questionário foi efetuada em sala de aula. Para garantir que as condições de aplicação fossem idênticas, foi distribuído a cada professor um “envelope-turma” incluindo os questionários e instruções escritas em relação ao processo de aplicação e à necessidade de explicitação do anonimato e preenchimento voluntário, assegurando a possibilidade de desistência sem qualquer consequência. Os adolescentes que não tinham obtido o consentimento dos pais, ou que não queriam participar, podiam ausentar-se da sala. Foram utilizadas duas versões do questionário para diminuir o efeito de ordem nas respostas. Depois de preenchidos os questionários eram colocados no “envelope-turma” fechado no local da aplicação. O preenchimento demorou, em média, 30 minutos. Recolheram-se 1038 questionários preenchidos, correspondendo a 76% dos distribuídos. Anularam-se 56 por estarem incompletos ou por respostas ilegíveis, considerando-se válidos 982 questionários.

Análise de dados

No tratamento dos dados recorreu-se a uma análise quantitativa e qualitativa. O tratamento estatístico foi feito com o programa *IBM SPSS* versão 21 e tomou-se como referência o nível de significância 0,05.

Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização socio demográfica e da situação de saúde dos adolescentes, bem como da sua experiência com os cuidados de saúde e do grau de satisfação com os mesmos. Para explorar as relações entre as variáveis em estudo usaram-se o coeficiente *r de Pearson*, testes t-Student e análises de variância (ANOVA *one-way*).

Para analisar os dados das perguntas abertas recorreu-se à análise de conteúdo de acordo com os princípios enunciados por Bardin (1991) e Vala (1986). Procedeu-se ao tratamento da informação, sem definir categorias à priori, deixando-as emergir naturalmente das asserções produzidas. Os dados foram agrupados pelo significado, procedendo-se à construção de categorias que estruturassem os motivos de (in)satisfação referidos pelos adolescentes, quantificando-as através da frequência das

unidades de registo, cuja validação foi feita por dois juízes. As divergências foram resolvidas por consenso.

Resultados

Caracterização da situação de saúde, motivos de procura dos serviços e atendimento

Dos 982 adolescentes, mais de um terço (39%) referiu ter um problema de saúde ou uma doença crónica, predominantemente alergias, asma, diabetes, problemas de visão/audição e escoliose. Também mais de um terço (43%) já teve pelo menos uma experiência de internamento, sobretudo por situações cirúrgicas como apendicectomia e extração de adenoides, ou por situações médicas como asma, infeções respiratórias, gastroenterites e traumatismos. No entanto, mais de metade (56%) perceciona a sua saúde como muito boa ou excelente e uma escassa minoria (1,8%) como má ou muito má. A maior parte (76%) referiu ter médico de família.

Os adolescentes referiram vários motivos para procurar os serviços de saúde nos últimos 12 meses. Salvaguardando que o mesmo adolescente podia assinalar vários motivos, verificou-se que a doença (57,3%) lidera os motivos na procura dos serviços de saúde, para além das situações de tratamento (17,8%) e de acidentes (13,3%), embora a procura para vacinação (53,4%) tenha sido também importante. Cerca de metade (50,2%) procurou a consulta de vigilância de saúde no último ano e uma minoria (14,2%) procurou-os para falar sobre os seus problemas ou por necessidade de informação e conselhos.

Considerando os últimos 12 meses, constatou-se que foi o médico o profissional que os adolescentes mais procuraram, sendo o psicólogo o profissional com quem os jovens tiveram menos experiência. Mais de metade dos adolescentes (59%) teve atendimento com médico de família e um número bastante inferior (17%) com o pediatra. De salientar que mais de um terço foi ao dentista (41%) bem como ao enfermeiro (42%) enquanto uma minoria (7%) referiu ter sido atendida pelo psicólogo no último ano.

Grau de (In)Satisfação dos adolescentes em relação aos serviços e aos profissionais de saúde

Considerando a opção da escala “*nunca estive/não me lembro*”, verificou-se que uma larga maioria de adolescentes, 633 (65,5%), não se lembra ou nunca esteve com

um psicólogo, menos de um terço, 217 (22,4%), também nunca esteve ou não se lembra de ter estado com um enfermeiro, enquanto uma minoria, 49 (5%), não se lembra ou refere nunca ter estado com o médico, bem como quatro adolescentes em cada cem (4,2%) nunca utilizaram ou não se lembram de ter utilizado os serviços de saúde.

Considerando somente os adolescentes que tiveram experiência com cada profissional e/ou com os serviços de saúde em geral, os resultados revelam (Figura 6) que há mais adolescentes insatisfeitos e indecisos em relação aos serviços de saúde do que a qualquer dos profissionais considerados. Entre os que tiveram experiência com o médico, a maioria (65%) refere estar muito e totalmente satisfeito; dos que foram atendidos pelo enfermeiro também a maioria (56%) manifestou opinião positiva embora seja o profissional onde foi maior a indiferença; o pequeno grupo que foi atendido pelo psicólogo apresenta opiniões mais díspares, com uma maioria muitíssimo satisfeito e com um grupo de insatisfeitos maior que nos outros profissionais.

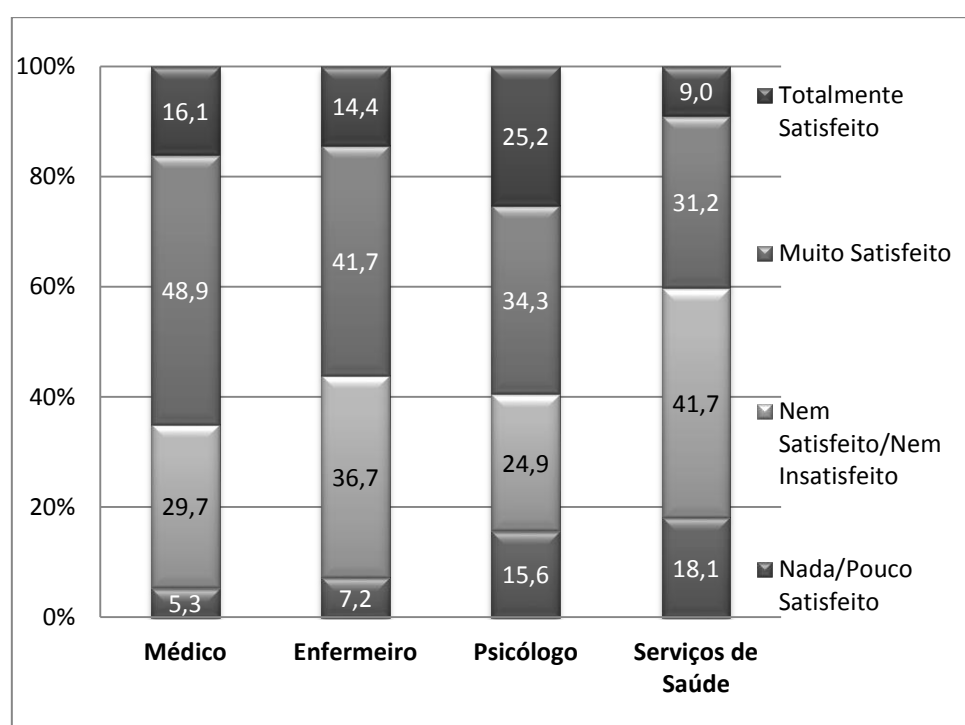


Figura 6. Grau de (in)satisfação dos adolescentes face à experiência com os profissionais e os serviços de saúde

Relação entre o grau de (In)Satisfação dos adolescentes e variáveis sociodemográficas

Como se pode observar na Tabela 17, existem diferenças significativas no grau de satisfação dos adolescentes apenas em função da idade. São os adolescentes mais novos que se mostraram mais satisfeitos com os serviços, com o médico e o psicólogo. Embora se verifique uma tendência de maior satisfação em relação ao enfermeiro no grupo dos mais velhos ($M=2.69$ vs $M=2.59$) esta diferença não é estatisticamente significativa. Também em relação ao género e ao NSE não se verificam diferenças significativas. Na análise a variável assumiu quatro níveis ($1=nada/pouco$ satisfeito a $4=totalmente$ satisfeito).

Tabela 17. Grau de Satisfação dos adolescentes em função das variáveis sociodemográficas

	Variáveis	<i>t</i>	M (DP)	SEM
Serviços de Saúde	Idade: 13-15	(1, 925) = 2.481, $p=.013$	2.37 (.89)	.039
	16-19		2.23 (.83)	.042
	Género NSE ¹	<i>ns</i>	-	-
Médico	Idade: 13-15	(1, 923) = 3.336, $p=.001$	2.83 (.77)	.034
	16-19		2.66 (.78)	.039
	Género NSE ¹	<i>ns</i>	-	-
Enfermeiro	Idade	<i>ns</i>		
	Género	<i>ns</i>	-	-
	NSE ¹	<i>ns</i>	-	-
Psicólogo	Idade: 13-15	(1, 331) = 3.101, $p=.002$	2.84 (1.0)	.073
	16-19		2.49 (.98)	.084
	Género NSE ¹	<i>ns</i>	-	-

NSE=Nível Socio Educacional; ¹ANOVA one-way; SEM =*Std. Error Mean*

Nota: Apresentam-se só os resultados estatisticamente significativos

Motivos de (In)Satisfação dos adolescentes em relação aos serviços e aos profissionais de saúde

Baseados nas suas experiências de atendimento com os serviços e os profissionais de saúde os adolescentes referiram, nas respostas às perguntas abertas, um vasto conjunto de motivos de satisfação e de insatisfação, num total de 2978 unidades de registo, para justificarem a avaliação quantitativa anterior.

Satisfação com os serviços de saúde

Do grupo de adolescentes que assumiu ter recorrido aos serviços de saúde destacou-se um conjunto de apreciações de diversa natureza que emergiram da análise de conteúdo realizada sobre as 944 asserções produzidas por 719 adolescentes da amostra. De uma forma geral, como se observa na Figura 7, os adolescentes apresentaram motivos de insatisfação (50,3%) numa percentagem ligeiramente superior aos de satisfação.

Globalmente encontraram-se essencialmente duas grandes dimensões nos motivos de (in)satisfação evocados: uma relacionada com o ambiente/espço e o funcionamento/organização dos serviços e outra com a relação/características dos profissionais que os atendem.

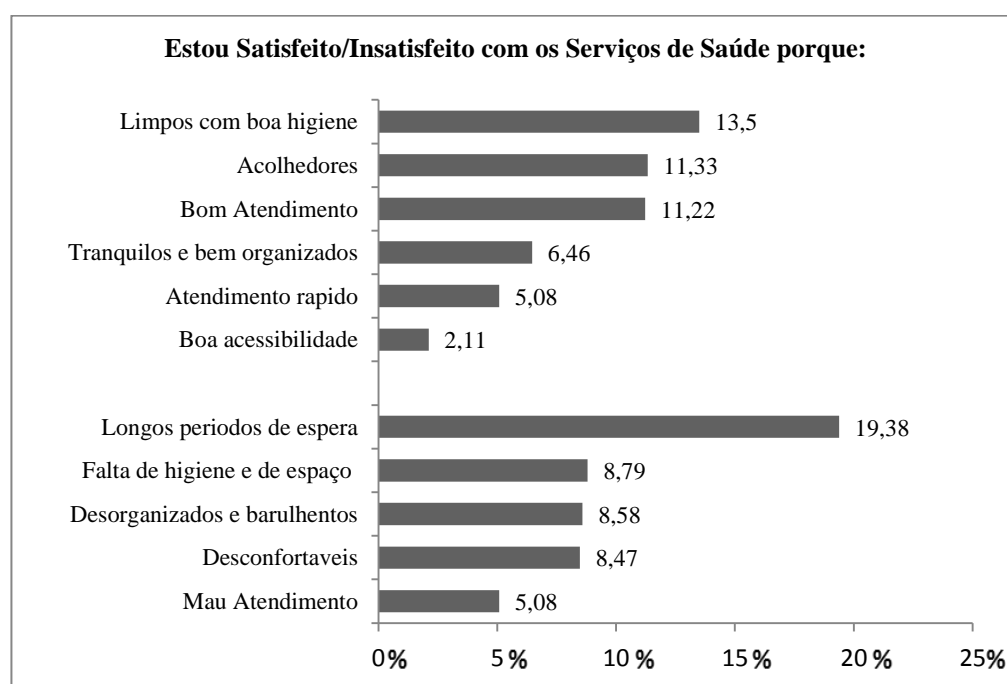


Figura 7. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com os serviços de saúde.

A causa mais relevante de insatisfação são os longos períodos de espera, cujo desagrado é reforçado pela associação ao vazio do tempo sem ocupação “(...) *os enormes tempos de espera, onde as pessoas ficam a olhar para o “vazio”* (P-154), “*fizeram-me esperar muito (...)*” (P-802).

A insatisfação é também associada ao desagrado com alguns aspetos estruturais e dos espaços, a falta de higiene e de espaço, serviços desorganizados e barulhentos e desconfortáveis.

A falta de higiene e de espaço surge associada ao risco de contaminação e à exiguidade dos locais, onde se concentram muitas pessoas doentes “(...) *degradados e com pouca higiene* (P-742), onde “*normalmente há pessoas doentes a tossir e espirrar, o que me faz sentir ainda pior*” (P-769), em “*salas de espera pequenas que faz com que o ar se contamine (...)*” (P-820) e que “*às vezes têm o ambiente um pouco pesado, muitas pessoas, muito abafado (...)*” (P-216).

Os serviços desorganizados e barulhentos agregam um conjunto de referências sobre o deficiente funcionamento dos serviços “*A maior parte das vezes o funcionamento desses locais está muito mal organizado* (P-105), *são bastante barulhentos e pouco próprios à recuperação dos doentes devido ao ambiente em geral* (P-697), *neste momento os centros de saúde estão muito mal organizados, há falta de pessoal e as condições são cada vez piores*” (P-861), e sobre o barulho que aparece habitualmente associado à sobrelotação do espaço “*às vezes as salas de espera estão demasiado cheias, o que provoca muito barulho*” (P-434). Estas duas categorias articulam-se com a de serviços desconfortáveis onde os adolescentes percecionam “*más condições, muito barulho, falta de conforto (...)*” (P-634), “*desconfortáveis, com cheiro característico desagradável*” (P-959), e “*locais muito impessoais e frios*” (P-906).

Consistentemente, a satisfação surge associada à perceção de serviços limpos e com boa higiene. Nas suas asserções a higiene, para além de associada com a desinfeção, aparece também relacionada com aspetos como a amplitude e luminosidade do espaço: “*os locais onde eu estive estavam sempre limpos, bem apresentados e desinfetados*” (P-614). “*(...) e sem aquele cheiro habitual como nos hospitais*” (P-321), era “*um local amplo, limpo, iluminado.*” (P-700).

A referência a locais acolhedores parece surgir associada sobretudo a serviços privados como clínicas, consultórios e alguns hospitais: “*os locais têm uma aparência bonita e confortável, agradáveis (...)* estive num hospital e gostei, porque o atendimento era muito bom (...)” (P-842), “*têm bom aspeto e bom ambiente, são bons no tratamento/receção das pessoas (...)*” (P-815).

Alguns adolescentes partilham a experiência de locais tranquilos e bem organizados, com atendimento rápido e boa acessibilidade. “*(...) Calmos e silenciosos e com boas salas de espera*” (P-669), “*arrumado, com silêncio e rápido atendimento*” (P-

677), “ (...) e tem bons acessos “ (P-815). Embora em várias situações se perceba que se estão a referir a serviços de saúde privados, noutras é evidente a alusão a centros de saúde e hospitais públicos: “*escolhi a opção 4 (muito satisfeito) porque quando fui ao centro de saúde senti-me bastante confortável*” (P-264), “*são acolhedores e esclarecedores (hospital pediátrico)*” (P-291).

Na avaliação da satisfação com os serviços de saúde, os adolescentes incluem o atendimento dos profissionais, de uma forma geral, que consideram como compensando ou agravando as condições estruturais.

Se, por um lado, um bom atendimento (cuidadoso e agradável) consegue superar as insuficiências das condições físicas “*o ambiente dos locais onde eu já estive não era muito alegre, no entanto, o pessoal como os enfermeiros e médicos sempre me trataram bem, o que me ajudou a combater a má imagem de tais locais*” (P-954), “*o ambiente costuma ser de muito barulho mas acaba por ser agradável por causa da simpatia das pessoas*” (P-641), por outro lado, a arrogância e incompetência que caracteriza o mau atendimento podem comprometer seriamente a satisfação dos adolescentes com os serviços, “*centro de saúde com pessoas pouco prestáveis, arrogantes e médicos incompetentes que despacham os pacientes*” (P-577), “*são velhos, desgastados e o atendimento é horrível*” (P-875), sendo as experiências satisfatórias na interação com os profissionais de saúde sensivelmente o dobro das mencionadas como insatisfatórias.

Satisfação com os diferentes profissionais de saúde

Seguiu-se um procedimento idêntico para a categorização dos motivos de satisfação com os profissionais de saúde, considerando a experiência com o médico, o enfermeiro e o psicólogo. Da análise emergiu um conjunto de categorias semelhantes para os três profissionais, agrupadas em categorias positivas (atende bem, é simpático e atencioso; competente; ajuda; é compreensivo) e negativas (incompetente; e arrogante/brusco/desinteressado) embora com algumas especificidades que as distinguem. Duas categorias são comuns apenas a dois grupos profissionais: esclarece e explica é mencionado para o médico e enfermeiro; e respeita a privacidade e a confidencialidade, apenas para o médico e psicólogo.

Deste conjunto a maioria inclui aspetos positivos, indicativos de satisfação, havendo apenas duas categorias que salientam aspetos negativos.

Nas palavras de um adolescente: *“Diria que estou satisfeito com a maioria dos profissionais de saúde. São atenciosos, respeitam a privacidade do doente e têm formação indicada. Há raras exceções em que isso não acontece”* (P-572).

No que diz respeito ao médico procedeu-se à análise de conteúdo sobre as 1133 unidades de registo produzidas por 780 adolescentes que se pronunciaram sobre este profissional de saúde.

O conjunto das apreciações demonstra (Figura 8), que os adolescentes estão francamente satisfeitos com a atitude do médico, sublinhando que os atende bem, é simpático e atencioso, categoria que descrevem como a atenção que lhes é dirigida, num gesto de amabilidade e simpatia que o torna acessível nos primeiros encontros: *“Fui atendida com simpatia e o médico(a) mostrava confiança, tendo sido prestável”* (P-100), *“(…)os médicos/as que me atenderam eram todos bastante simpáticos e atenciosos e fizeram-me sentir à vontade”* (P-218).

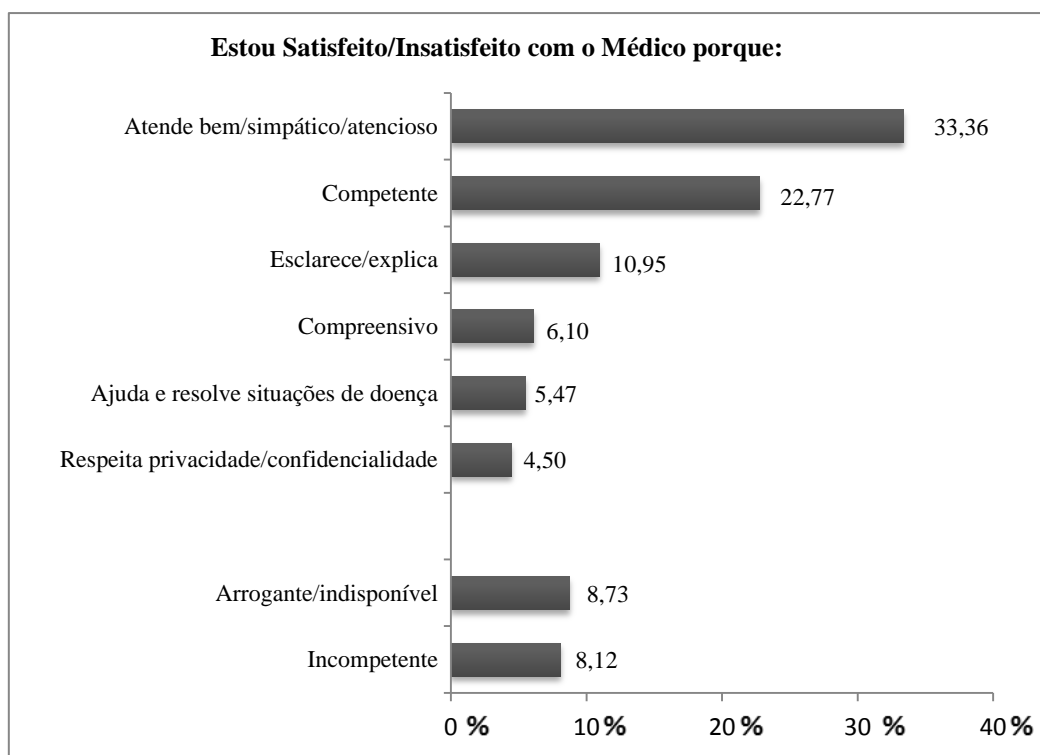


Figura 8. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Médico.

De seguida, atendendo ao número de referências, surge a categoria competente. Verificou-se assim que em relação ao médico se destaca o que é associado ao saber o que faz, bem como à experiência e ao conhecimento profissional: *“atenta a todos os*

pormenores, profissional” (P-574), “perceberam o meu problema e solucionaram-no foram profissionais competentes” (P-578), “médico competente que utiliza os materiais bem desinfetados” (P-751), “mostra confiança e sabe o que faz” (P-109), “sabe exatamente o que tenho e como tratar” (P-907).

Os adolescentes valorizam também a capacidade do médico para esclarecer as dúvidas, bem como dar informação de modo acessível à sua compreensão e cujas asserções se agregam na categoria esclarece e explica: *“Sabem explicar as coisas a fazer e da doença que se trata” (P-98), “explicam (...) esclarecem as dúvidas” (P-145), “(...) explicaram as coisas com muito cuidado” (P-153), souberam ouvir e explicar-me o porquê daquelas respostas às minhas dúvidas” (P-288).*

Por último, como motivos de satisfação, surgem três categorias que remetem essencialmente para a criação de condições facilitadoras da relação interpessoal: é compreensivo, *”foi (...) compreensiva e deixou-me à vontade e confortável para falar acerca do que se passava” (P-460), foi (...) compreensivo e deu-me confiança para esclarecer as minhas dúvidas (P-530); ajuda e resolve situações de doença “ajudam-me a compreender a doença que tenho” (P-221), “sempre me ajudaram a melhorar das doenças ou das suas causas (...)” (P-954); respeita a privacidade e a confidencialidade, “respeitaram a minha privacidade” (P-918), “gostam de falar a sós com os jovens, ou seja, sem os pais” (P-763).*

No que diz respeito aos motivos de insatisfação referem a atitude arrogante e indisponível *“porque a médica pela qual fui atendida era arrogante e desagradável e nem sequer dava oportunidade de falar” (P-453), “(...) o que dá raiva é que despacham as pessoas como se as chutassem” (P-114) e referem a incompetência onde se destaca a falta de profissionalismo e o erro: “quando parti o braço, (...) os médicos que me atenderam (eram 3) estavam a descansar, literalmente, e trocaram a minha ficha com a da senhora que estava a ser atendida ao mesmo tempo” (P-842), “não me explicarem o meu problema e não se preocuparem em descobri-lo (P-138), “nas urgências um médico fez um mau diagnóstico e agora tenho um problema por causa disso” (p-91).*

Em relação ao enfermeiro foi feita a análise de conteúdo partindo das 632 unidades de registo produzidas por 596 adolescentes que já tinham tido experiência com este profissional de saúde.

Com o enfermeiro, os adolescentes destacam de forma inequívoca (Figura 9), a categoria atende bem, é simpático e atencioso que engloba referências à atitude acolhedora: *“São muito mais humanos, em relação à experiência que eu tenho com o*

meu médico. São profissionais e ao mesmo tempo são simpáticos e acolhedores, transmitem confiança. E são bem mais pacientes” (P-154), “(...) foi atencioso e propôs logo uma solução para que as dores acalmassem (P-376), “são pessoas muito simpáticas, transmitem uma certa felicidade e bem-estar ao paciente e são confiantes, e além do mais são prestáveis e eficientes, sempre bem-dispostos a atender (...)” (P-559).

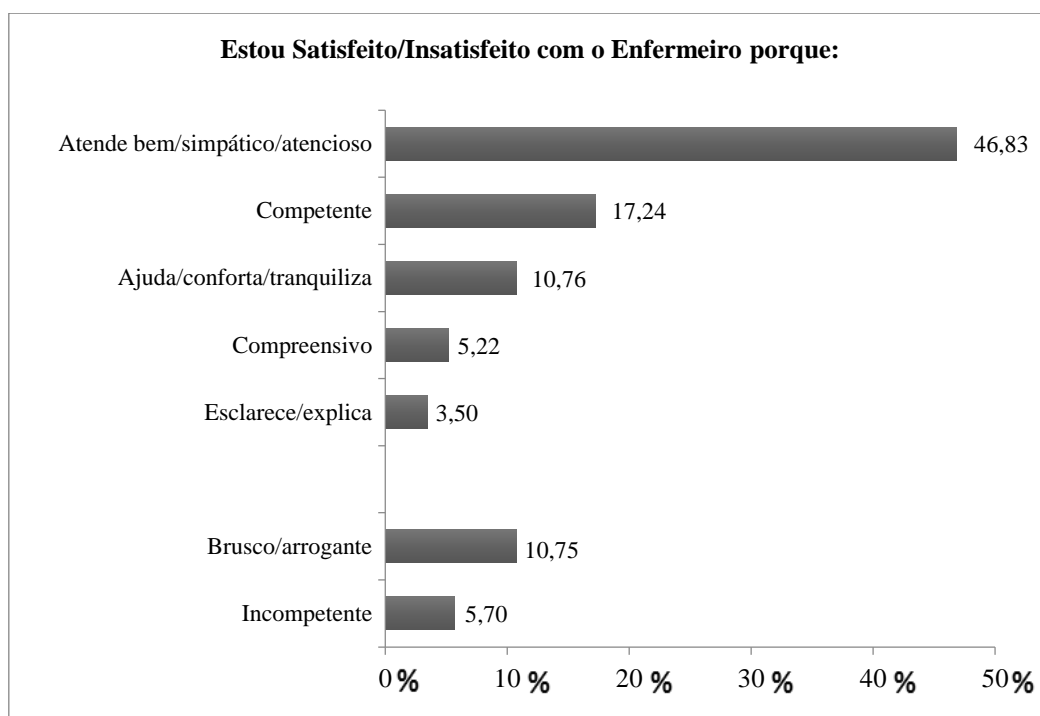


Figura 9. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Enfermeiro.

Competente é uma categoria que merece algum destaque e engloba referências ao saber fazer, à experiência e perícia profissional dos enfermeiros “(...) *são competentes naquilo que fazem*” (P-354), “*soube resolver o meu problema com bastante profissionalismo*” (P-936), “*quando fui levar uma vacina a enfermeira foi competente, o que me agradou*” (P-897), e utilizam estratégias para que os adolescentes não receiem os procedimentos mais técnicos: “(...) *distraiu-me para eu não dar por nada na vacinação*” (P-747), “(...) *estão sempre preocupados com o bem-estar do doente*” (P-749).

A categoria ajuda, conforta e tranquiliza, agrupa um conjunto de referências que descrevem o enfermeiro como securizante e presente nos momentos difíceis “*quando sofri uma intervenção cirúrgica a enfermeira (...) esteve sempre a agarrar a minha mão e a dar-me força, tentando sempre distrair com outras conversas*” (P-802) e nas

situações desconfortáveis “quando fui tirar sangue atendeu-me uma enfermeira que teve muita paciência e calma” (P-299), procurando criar um ambiente cuidador “ajudam sempre quando é preciso e fazem com que os utentes fiquem com bom humor” (P-341), “(...) soube cuidar de mim com todos os cuidados necessários” (P-288), “acalmou-me... tinha umas mãos fofas” (P-667).

Por fim, as categorias, é compreensivo, e esclarece e explica, reúnem as asserções que remetem para a importância de serem compreendidos “foi compreensiva e soube acalmar-me, por exemplo, aquando das análises” (P-588), “conseguem perceber o que sinto (...)” (P-481), “são muito compreensivos e poem-nos satisfeitos” (P-470) e para a importância do esclarecimento de dúvidas e clareza nas informações sobre a situação em que o adolescente se encontra “pelo à vontade e maneira aberta de falar, esclareceram-me de dúvidas rapidamente” (P-418), “(...) informaram-me de todos os detalhes sobre o problema “ (P-419).

No que respeita aos motivos de insatisfação, os adolescentes concentram-nos em duas categorias, o enfermeiro incompetente que não sabe aquilo que faz “foi dar uma injeção e correu mal” (P-712), e que é brusco e arrogante “foi muito ‘bruta’ a fazer a vacinação” (P-875), “não têm paciência para os jovens, não nos ouvem atentamente” (P-706), “foi um pouco rude e a despachar” (P-632), “quase sempre são arrogantes e parece que estão ali por obrigação e não porque assim o quiseram” (P-98)

Relativamente ao psicólogo a análise de conteúdo incidiu nas 269 unidades de registo produzidas por 245 adolescentes que já tinham sido atendidos por este profissional de saúde.

Quando se referiram aos motivos de satisfação com o psicólogo, como se observa na Figura 10, os adolescentes valorizam particularmente a ajuda na compreensão e resolução dos problemas que lhes permitiu superar uma fase de dificuldades: “estou muito satisfeita com a psicóloga, porque me ajudou a ultrapassar todos os medos, e no fundo também me ajudou a crescer” (P-870), “ajudou-me a ultrapassar a fase complicada em que estava” (P-196) e “porque me ajudou a perceber os erros” (P-257), “ (...) ajudou-me a lidar melhor com os outros” (P-703), “ajudou-me a ver as coisas de outra forma” (P-668).

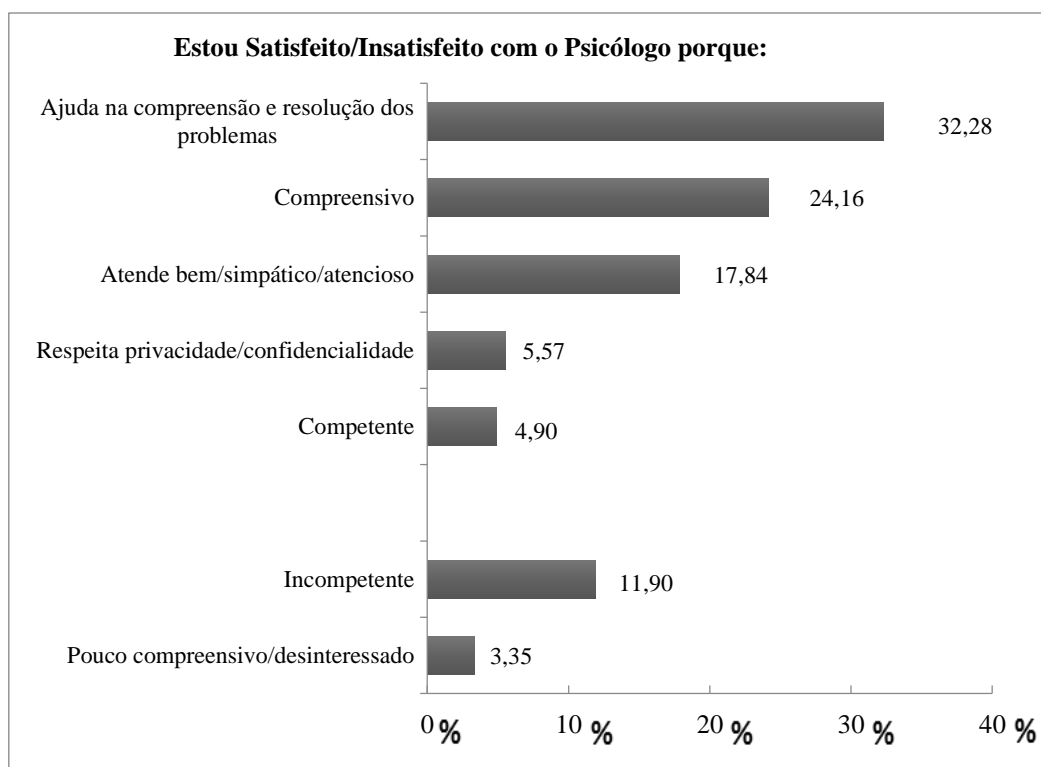


Figura 10. Categorias dos motivos de (In)Satisfação dos adolescentes face à experiência com o Psicólogo

De seguida, situam-se as asserções que englobam a categoria compreensivo, sabendo ouvir o que se diz, não julgando e dando espaço para falar, que surge como a segunda característica que os adolescentes mais apreciam no psicólogo e das que mais contribuem para o sucesso das suas intervenções junto deles: “*o facto de não julgar as nossas ações e também a compreensão*” (P-144), “*com o psicólogo sou ouvida e exprimo o que sinto e tenho, (...) e ele apenas ajuda-me no que preciso*” (P-263). E também “*podemos desabafar*” (P-272), “*deixam-me à vontade para contar o que quero, nunca me obriga a contar algo que não queira*” (P-882), “*é alguém que nos ouve e compreende*” (P-197).

O psicólogo também atende bem, é simpático e atencioso, traduzindo aqui esta categoria uma característica importante dos primeiros momentos da relação interpessoal e que se remete para a atenção e proximidade com que são recebidos: “*São divertidos e bem-dispostos e são competentes à mesma*” (P-760), “*preocupa-se comigo e é simpática*” (P-469), “*foi atenciosa e preocupada*” (P-953).

O respeito pela privacidade e confidencialidade apesar de não ser um aspeto muito valorizado pelos adolescentes como motivo de satisfação, assume na satisfação com os psicólogos uma dimensão particular pois, sobretudo a confidencialidade, surge

aqui associada ao respeito com que são tratados e com que são aceites. O respeito pela confidencialidade surge como uma característica positiva da experiência, particularmente nas situações em que o adolescente sentiu que foi resguardado, pelo psicólogo, da exposição aos pais “*São pessoas que sabem guardar bem as coisas sem partilhar com os pais*” (P-280), “*pude conversar com a minha psicóloga sem ela dizer nada aos meus pais*” (P-292), “*os pais estão sempre fora do consultório, e nunca conta nada do que digo a ninguém*”, (P-481). E também facilita que o adolescente se sinta à vontade: “*procurou pôr-me à vontade e guarda em sigilo o que contei*” (P-899), “*colocaram-me à vontade, respeitaram a confidencialidade*” (P-948).

A categoria competente reúne asserções que remetem para a eficácia e eficiência da sua intervenção e também o reconhecimento da competência de saber falar com eles e aconselhar: “*Já estive com uma e gostei, (...) sabia falar com jovens*” (P-522), “*saber ouvir e dialogar inteligentemente*” (P-545), “*foi uma experiência muito positiva, ir a um psicólogo, cumpriu bem o seu trabalho*” (P-861), “*ouvem até ao fim e têm bons conselhos*” (P-413), “*em pequena tive um psicólogo que resolveu bastante bem o meu problema*” (P-373), “*disponibilizado para ouvir e aconselhar*” (P-108).

Por ultimo, um conjunto de asserções que se reporta especificamente a características mais negativas que no essencial são o inverso das anteriormente referidas. A categoria incompetente refere-se a pessoas que não sabem aconselhar, ajudam pouco e são pouco profissionais: “*não me ajudaram a resolver os meus problemas*” (P-466), “*porque saía de lá mais ‘deprimida’ do que entrava*” (P-322), “*não soube dar bem os conselhos*” (P-111). Enquanto pouco compreensivo e desinteressado reporta-se a psicólogos pouco envolvidos na interação “*não achei que tivesse muito atento ao que eu estava a dizer*” (P-191).

Discussão

Este estudo pretendeu contribuir para o conhecimento e a compreensão da satisfação dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde, pedindo-lhes que fizessem a avaliação das suas experiências com os CdS, com recurso a uma metodologia mista de recolha e análise dos dados. Como a satisfação está diretamente associada à qualidade dos CdS (AAP, 2008_b; Ferreira, 2001; Santos et al., 2007) poderá informar as políticas e os profissionais sobre a qualidade dos CdS prestados aos adolescentes.

Salienta-se que cinco em cada cem adolescentes nunca estiveram com um médico ou não se lembravam, assim como quatro em cada cem nunca frequentaram os serviços de saúde ou não se lembravam de o ter feito. Houve assim um número ainda importante de adolescentes que parece ter tido muito pouco contacto com os serviços e os profissionais de saúde, perdendo a oportunidade de receber cuidados de saúde direccionados para as suas necessidades e preocupações específicas (Tsai, Chou, Lin & Lin, 2013), o que se reconhece como um fator protetor (Wilson & Deane, 2001), particularmente na adolescência face ao frequente envolvimento em comportamentos de risco (Simões, 2007).

Os adolescentes revelaram-se de forma geral satisfeitos, com uma elevada percentagem a expressarem opiniões relativamente neutras e uma minoria a manifestarem-se claramente insatisfeitos. Apesar dos resultados deste estudo não serem diretamente comparáveis com outros que usaram instrumentos diferentes, na generalidade os níveis de satisfação dos adolescentes apresentam algumas semelhanças com os de um estudo realizado na Mongólia (Sovd et al., 2006), e são inferiores aos encontrados em Inglaterra (Jacobson, Donovan, Taylot & Tripp, 2000) e Suíça (Mauerhofer, Bertchold, Akre, Michaud & Suris, 2010). Em contrapartida, mostram valores superiores aos de estudos efetuados na Etiópia (Dagnew et al., 2015) e Escócia (Buston, 2002). Estes resultados parecem ser a favor de uma influência de contexto e do sistema de saúde, em que as condições oferecidas pelos serviços se tornam determinantes na sua avaliação.

No presente estudo foi possível comparar a satisfação com os serviços de saúde e com os profissionais, tendo-se verificado que os adolescentes se mostraram bastante mais satisfeitos com os profissionais do que com os serviços, onde apenas menos de metade manifestou satisfação, predominando a indiferença e a insatisfação.

Segundo Ferreira e colegas (2001) esta situação acontece com frequência nos estudos de satisfação em saúde com população adulta em centros de saúde. Os utentes fazem avaliações particularmente positivas sobre os profissionais, designadamente sobre o médico de família, quer nos aspetos “humanos” quer técnicos, e avaliam de forma mais negativa o que está relacionado com a gestão e organização dos serviços como os tempos de espera, a acessibilidade e a disponibilidade (idem, 2001). Neste caso é possível que as experiências dos pais possam ter influenciado as opiniões dos adolescentes.

Relativamente aos profissionais foi o médico a quem eles mais recorreram, e em relação a quem referiram maior satisfação. O enfermeiro também ocupa um lugar relevante no atendimento, assim como na satisfação, enquanto o psicólogo, com quem tiveram uma experiência mais reduzida, foi o profissional em relação a quem mais jovens manifestaram os níveis extremos de (in)satisfação.

No presente estudo e à semelhança de outros trabalhos (e.g., Benkert et al., 2007; Dagneu et al., 2015; Shapiro et al., 1997), foram os adolescentes mais novos que manifestaram maior satisfação. A satisfação parece diminuir com a idade, como revelam alguns estudos onde a amplitude da idade das amostras é grande, por exemplo entre os 9 e 18 ou 11 e 17 anos (Biering et al., 2010). Na perspetiva de alguns autores, esta evolução está relacionada com o desenvolvimento cognitivo (Benkert et al., 2007; Piersma, 1987, citado por Buston, 2002), em que a transição do pensamento concreto para o pensamento formal, com novas competências cognitivas caracterizadas por um pensamento progressivamente mais lógico e reflexivo, capacitam o adolescente para uma apreciação cada vez mais crítica das situações (Lourenço, 1997). Também o sentimento de autonomia poderá permitir-lhes uma menor dependência emocional em relação aos pais, sofrendo uma menor influência das suas ideias. As mudanças psicofisiológicas com que os adolescentes se deparam, responsáveis por necessidades e preocupações para as quais os CdS muitas vezes não têm as respostas adequadas, podem também diminuir a satisfação (Jones & Bradley, 2007, Ma et al, 2005; WHO, 2014). No entanto, nas situações de doença crónica, há estudos onde são os adolescentes mais velhos que revelam maior satisfação (Britto et al., 2004).

Em concordância com estudos anteriores, não se verificaram diferenças nos níveis de satisfação entre rapazes e raparigas (Dagneu et al., 2015; Sovd et al., 2006), nem em função do NSE (Garland et al., 2000; Shapiro et al., 1997), embora em estudos com adultos seja frequente que utentes com NSE mais baixo revelem maior satisfação com os CdS, porque provavelmente são menos exigentes e têm expectativas mais baixas (Ferreira, 2001; Mendes et al., 2013).

Os dados qualitativos do estudo não só complementam alguns resultados quantitativos, como os clarificam, dando conta de um conjunto de condições dos serviços de saúde e de características e atitudes dos profissionais de saúde em particular, que são apontados pelos adolescentes como motivo de satisfação ou insatisfação.

O nível de satisfação geral vem reforçar os dados quantitativos. Os adolescentes estão bastante mais satisfeitos com os profissionais do que com os serviços onde se podem constatar mais do dobro de categorias negativas.

Pelas palavras de um dos adolescentes: “*apesar do tempo de espera ser demais e as outras coisas, os profissionais são muito atenciosos e prontos a ajudar*” (P-296).

Nos *Serviços de Saúde* o que mais satisfaz os adolescentes relaciona-se sobretudo com a higiene, limpeza e condições físicas que favoreçam um ambiente agradável e tranquilo, a par com um atendimento sensível, onde se sintam bem “acolhidos” (Lambert, Coad, Hicks & Glacken, 2014). O seu grande motivo de insatisfação é o tempo de espera, seguido das más condições de higiene e a degradação dos espaços (Sovd et al., 2006), a par com o mau atendimento caracterizado pelo desinteresse, a arrogância e a falta de profissionalismo dos profissionais de saúde.

O tempo de espera tem sido identificado como um importante fator de insatisfação (Tivorsak, Britto, Klostermann, Nebrig & Slap, 2004), apresentando-se com frequência como uma barreira marcante à utilização dos CdS (Booth et al., 2004; Lim, Chhabra, Rosen, Racine & Alderman, 2012). Também em Portugal tem-se destacado como um importante fator de insatisfação com os serviços de saúde em estudos realizados com adultos (Ferreira, 2001; Villaverde Cabral & Silva, 2009).

Biering (2010), na componente que designou de “ambiente e organização dos serviços”, salienta a limpeza e o conforto, nomeando também os profissionais como parte integrante destes ambientes, reforçado por Hargreaves e colegas (2012) no respeitante às condições da limpeza dos locais. Também um estudo realizado na Mongólia (Sovd et al., 2006) aponta as condições físicas das instalações como um forte determinante da (in)satisfação dos adolescentes relacionados com a “aceitabilidade” preconizada pela WHO (2002, 2012) como um dos requisitos para os serviços “amigos” dos adolescentes, o que não se verificou na acessibilidade que foi pouco referida (Sovd et al., 2006).

Nas referências aos *Profissionais de Saúde*, os adolescentes fizeram apreciações bastante mais positivas do que negativas, contrariamente ao estudo de Buston (2002), onde predominaram as negativas.

Quando se referiram ao *Médico*, a quem mais recorrem, os adolescentes destacaram três motivos de satisfação, a sua atitude acolhedora no atendimento, a sua competência através do saber e da experiência, bem como a importância dos esclarecimentos que dá e o modo adequado como responde às dúvidas dos adolescentes

sobre a sua doença ou a sua situação de saúde (Moules, 2009). O principal motivo de insatisfação, embora sem grande relevo, é a atitude por vezes arrogante e indisponível e alguns erros que comete, como por exemplo no diagnóstico.

Em relação ao *Enfermeiro*, os adolescentes fizeram uma avaliação em alguns aspetos muito semelhante à do médico, provavelmente devido à proximidade do trabalho que ambos os profissionais realizam, mas com algumas especificidades relevantes. Entre os motivos de satisfação evocados salientam-se, globalmente, a qualidade do atendimento afetuoso, próximo e amigável (Moules, 2009; Rosenfeld et al., 1996), a competência fundamentalmente através da perícia nos procedimentos técnicos (e.g., administração de vacinas e/ou execução de tratamentos) e a presença que conforta e tranquiliza.

O *Psicólogo* é o profissional que a maioria dos adolescentes desconhece, ou a quem nunca recorreu, o que pode ser devido ao facto de que só alguns jovens necessitam deste acompanhamento, ou ao facto de haver poucas respostas para esta necessidade. Os motivos de satisfação mais valorizados pelos adolescentes vão na linha do que é esperado da sua intervenção profissional e que passa por ajudar a compreender e a resolver problemas, ser capaz de compreender o jovem, saber escutar e aceitar (Bensted, Hargreaves, Lombart, Kilkelly & Viner, 2014; Mauerhofer et al., 2010), ser próximo e atencioso e, embora com menos expressão, respeitar a privacidade e confidencialidade (Britto, Tivorsak & Slap, 2010). Parecem reconhecer a importância da capacidade do psicólogo em ajudar o outro a compreender autonomamente os problemas e a encontrar soluções para os resolver.

Os resultados revelam a importância que os adolescentes conferem às características dos espaços onde se disponibilizam cuidados de saúde, e que em grande parte carecem, em seu entendimento, de alterações físicas e organizativas. Sai reforçada a ideia que o acolhimento e as condições de higiene nos serviços de saúde são fundamentais para os jovens. Os serviços não existem sem profissionais, pelo que é coerente que o bom ou mau atendimento dos profissionais seja valorizado como uma dimensão dos serviços, destacando-se nesta avaliação a dimensão relacional, uma das componentes da satisfação proposta por Biering (2010).

Ao contrário do esperado, o respeito pela privacidade e a confidencialidade consideradas condições fundamentais para os adolescentes nos CdS (Duncan Vandeleur, Dercks & Sawyer, 2011; Ford, English & Sigman, 2004; Lerner, Pantell, Tebb & Shafer, 2007), não parece revelar-se para este grupo um aspeto importante, o que

merece uma reflexão mais aprofundada. No entanto, as competências técnicas e relacionais foram bem destacadas nos diferentes profissionais sendo possível perceber que aspetos os diferenciam e o que mais os caracteriza, na avaliação que deles fazem os adolescentes. Constatase que a acessibilidade não surge como uma dimensão importante.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na análise dos resultados. A recolha de dados em escolas pode ser considerada uma mais-valia, na medida em que salvaguarda a influência do ambiente dos serviços e dos profissionais de saúde nas respostas, pese embora possa ser também uma limitação pelo distanciamento temporal e físico das experiências de saúde a que se reportam. O facto de incluir apenas adolescentes que frequentam a escola, pode ter excluído grupos de maior risco, com uma utilização dos serviços de saúde e um grau de satisfação diferente. A amostra circunscrita ao concelho de Lisboa não permite a generalização de resultados.

Propõem-se trabalhos futuros a desenvolver com adolescentes e dirigidos para a avaliação sobre a qualidade dos CdS, a serem realizados em contextos de saúde específicos, com referência aos critérios definidos para os serviços “amigos” dos adolescentes (Tylee et al., 2007; Haller et al., 2012) e focados em experiências recentes e concretas, recorrendo a metodologias mistas. A identificação de aspetos específicos das realidades em estudo, inerentes aos contextos e às práticas dos profissionais, poderão contribuir para mudanças particulares mais adequadas à população juvenil a que se destinam.

Conclusões

Os dados recolhidos neste estudo informam sobre os aspetos mais apreciados, mas também apontam para a necessidade de algumas mudanças no funcionamento e condições físicas e ambientais dos serviços. Salientam-se os principais motivos de satisfação associados às características e práticas dos profissionais que, apesar de apresentarem semelhanças com estudos anteriores, dão conta de um conjunto de resultados de interesse, face à diversidade de aspetos valorizados na intervenção de cada um dos profissionais.

O médico e o enfermeiro surgem ainda muito associados a uma perspetiva biomédica, dedicados ao tratamento e à cura da doença, esperando-se de ambos competência e profissionalismo. Contudo, é ao médico que os adolescentes reservam

sobretudo a função de esclarecer as dúvidas, explicar a doença e instituir o tratamento correto, enquanto no enfermeiro valorizam sobretudo a perícia nos procedimentos invasivos, nomeadamente vacinas e colheitas de sangue e o cuidado que conforta, acalma e é securizante. Por outro lado, o psicólogo surge associado a uma perspetiva psicossocial e direcionada para a relação de ajuda. A sua competência passa necessariamente por uma visão compreensiva do outro, e os adolescentes apreciam a sua atitude de disponibilidade e respeito, bem como a capacidade de escuta e de aconselhamento para ajudar na resolução de problemas particularmente de ordem emocional.

Do conjunto dos resultados salienta-se que para os adolescentes, a redução dos tempos de espera, a melhoria das condições de conforto e higiene dos serviços e as características acolhedoras e relacionais dos profissionais são aspetos incontornáveis na avaliação que fazem dos cuidados de saúde.

Independentemente das particularidades de cada profissional, o serem atendidos com simpatia e atenção por pessoas competentes que saibam o que fazem e esclareçam as dúvidas e que também sejam capazes de compreender, tranquilizar e ajudar a resolver as situações de doença e os problemas emocionais e do desenvolvimento, dando espaço para o diálogo e a escuta, com respeito pela privacidade e confidencialidade, parecem ser os requisitos que os adolescentes nos transmitem como os principais indicadores de qualidade para os seus encontros com os profissionais e serviços de saúde.

Destacam-se assim, nas características dos serviços de saúde “amigos” dos adolescentes, o serem *aceitáveis* disponibilizando cuidados concordantes com as expectativas e preferências, e *efetivos* produzindo os resultados concordantes com as necessidades e problemas dos adolescentes (Tylee et al., 2007; WHO, 2009, 2014_a), salientando-se a importância das características e atitudes dos profissionais que os adolescentes clarificam como mais satisfatórias.

CAPÍTULO 5
DISCUSSÃO INTEGRADA E CONCLUSÕES

“The report underscores the importance of giving young people a stronger voice and offering them more opportunities for engagement in activities related to their health and well-being. Young people should play an active role in identifying their social and health problems and challenges and contribute to the development of solutions and interventions that target them as a group”.

(WHO - HBSC, 2016, p.250)

Partiu-se para esta investigação pretendendo conhecer e compreender as perspetivas dos adolescentes Portugueses sobre os cuidados de saúde, no sentido do que eles pensam, esperam e preferem dos profissionais e dos serviços de saúde.

Acredita-se nos seus contributos para a organização das condições dos serviços e a orientação das práticas dos profissionais mais centradas no adolescente e no desenvolvimento de cuidados de saúde mais *amigáveis* dos adolescentes Portugueses, ou seja, mais responsivos às suas necessidades e preferências e, por isso, mais atrativos à procura no sentido da promoção da sua saúde e bem-estar.

Assim, realizaram-se dois estudos com amostras e metodologias diferentes, mas complementares na sua compreensão. O primeiro, tratando-se de um estudo preliminar, trouxe uma primeira perspetiva sobre o fenómeno em estudo, direcionado sobretudo para as crenças e expectativas dos adolescentes, e esteve subjacente ao segundo, e principal estudo, que recorreu a uma amostra mais alargada de adolescentes. Este incluiu diferentes componentes onde se procurou conhecer e analisar as qualidades dos profissionais e dos serviços de saúde preferidas pelos adolescentes, os motivos que os levam a procurar os serviços de saúde e o tipo de barreiras a essa procura, bem como o seu grau de (in)satisfação com os mesmos. Em simultâneo, tentou-se averiguar como é que características e experiências individuais, como a idade, o género, NSE e a frequência habitual de utilização dos serviços de saúde, conferiam especificidades aos padrões e dimensões encontradas nos vários domínios em estudo.

Cada um dos domínios de estudo foi apresentado num capítulo anterior, de forma independente, em formato de artigo com os respetivos resultados e discussão, pelo que, neste capítulo será apresentada uma discussão integrada dos mesmos.

Pretende-se ainda refletir sobre as principais limitações e implicações para as políticas e para as práticas facilitadoras da procura adequada dos cuidados de saúde pelos adolescentes, bem como apresentar algumas questões e desafios que se colocam ao desenvolvimento de projetos futuros.

5.1. Integração dos principais resultados

O reconhecimento das ideias dos jovens e a valorização das suas perspetivas sobre as questões da saúde, com espaço à participação a que têm direito (Convenção dos Direitos da Criança, 1989) é relativamente recente, e tem aumentado nos últimos anos.

Cabe aos adultos, e particularmente aos agentes envolvidos na saúde e na educação, facilitar a expressão das suas opiniões e garantir que as mesmas sejam consideradas. Contudo a investigação com adolescentes ainda é parca nestas matérias, particularmente em Portugal.

Foi essa a proposta deste trabalho, dando ao adolescente o papel de ator no cenário dos cuidados de saúde, para além de beneficiário, na tentativa de responder à questão: Como perspetivam os adolescentes os cuidados de saúde?

Na generalidade, os resultados sugerem que os adolescentes têm “uma palavra a dizer” sobre os cuidados de saúde que lhes dizem respeito. Sabem o que pretendem dos serviços e dos profissionais de saúde, manifestando-se claramente sobre as suas preferências, os motivos que os podem impedir ou inibir de os procurarem, bem como revelando a sua (in)satisfação com os mesmos e esclarecendo as razões que influenciam a sua avaliação.

No primeiro estudo, nos grupos focais, ficou claro que apesar da maioria dos adolescentes se sentir bastante saudável, eles referem necessidades específicas e preocupações com a saúde (Coleman, 2011; Jones & Bradley, 2007), designadamente com a doença ou formas de a prevenir pela vacinação, bem como com alguns riscos associados ao desenvolvimento (i.e., sexualidade, consumo de substâncias psicoativas e problemas emocionais), destacando-se, em simultâneo, uma grande necessidade de informação, mas também de aconselhamento nestas áreas, no sentido de diminuir o medo em relação a algumas doenças e de serem mais autónomos na resolução dos problemas.

Os seus “olhares” atentos e críticos, sobre os serviços e os profissionais de saúde sobretudo através das experiências que haviam vivido nos contextos de CdS,

constituíram-se como um subsídio fundamental à realização do segundo estudo. Na primeira fase, nos grupos focais, por meio de uma discussão “mais livre”, e na segunda fase, nos grupos nominais, com uma orientação mais estruturada, as suas ideias discutidas e priorizadas sobre os bons e menos bons serviços e profissionais de saúde deram corpo a grande parte do instrumento utilizado no segundo estudo com um grupo de adolescentes mais alargado.

Os resultados apresentados e discutidos anteriormente de forma parcelar, merecem agora uma discussão conjunta, privilegiando os aspetos que mais se destacaram face aos objetivos definidos e orientadores deste trabalho.

Percorrem-se as preferências consideradas como aspetos facilitadores da procura dos serviços de saúde, correspondendo ao que, na sua perspetiva, deveria acontecer (Yung et al., 2003) isto é, às qualidades preferidas nos profissionais e nos serviços de saúde e o seu contrário, aos aspetos que obstaculizam essa procura, as barreiras por eles percebidas, até à satisfação com os CdS, avaliada à luz das suas expectativas e preferências.

A discussão geral dos resultados segue as dimensões emergentes mais valorizadas pelos adolescentes utilizando, para as introduzir, alguns dos itens dos instrumentos considerados por eles como mais importantes.

“Ter cuidados de higiene e desinfeção”; “Os locais serem limpos/higiénicos”

Um lugar de destaque coube às condições de higiene e assepsia para controlo de infeção, à semelhança de alguns estudos previamente realizados noutros países, como nos Estados Unidos (Ginsburg et al., 1995, 1997; Vo et al., 2007), Israel (Hardoff et al, 2006) e Mongólia (Sovd et al., 2006). Aos profissionais associaram os cuidados de assepsia que incluem como o principal aspeto da competência e aos serviços as desejadas condições de limpeza e higiene dos locais e a assepsia do material. Os adolescentes manifestaram claramente a sua preocupação com a doença, quando abordaram a sobrelotação dos serviços onde, em sua opinião, por exemplo nas urgências, os poucos espaços para um grande número de pessoas e os longos períodos de espera aumentam o perigo de contaminação *“as urgências (...) aquilo fica muito cheio, muito calor, respiram todos para cima uns dos outros (...) há grandes probabilidades de apanhar doenças”*.

Esta valorização pode ser em parte explicada pelas especificidades associadas ao desenvolvimento, uma vez que os adolescentes já têm a capacidade de compreender as

múltiplas causas da doença, por fatores externos e internos, embora numa primeira fase ainda predominantemente centrados na causalidade fisiológica da doença por contágio ou contaminação (Bilbace & Walsh, 1980). As condições de alguns serviços que eles conhecem podem reforçar esta percepção de ameaça, porque quando avaliam a satisfação com os serviços com base nas suas experiências, a limpeza surge como um dos principais motivos de satisfação e, consistentemente, a falta de higiene é igualmente importante na sua manifesta insatisfação. Associam também esta preocupação com a falta de espaço, desorganização, desconforto e barulho existente nos serviços.

“Fazer o seu trabalho sem errar”; Ter formação adequada”

“Esclarecer dúvidas e responder às nossas questões”

No que diz respeito mais diretamente às características e atitudes dos profissionais de saúde, destaca-se o profissionalismo como um conjunto de competências profissionais e técnicas onde a experiência e a formação profissional parecem necessários para não cometer erros e cumprir as normas de higiene e desinfecção que os adolescentes tanto valorizam. O que sugere uma associação à “segurança física” (Ginsburg et al., 2002; Moules, 2009), como a proteção aos microrganismos eventuais geradores de doença e mau estar. Parece também surgir ligado à sua preocupação com o ter doenças ou ficar doente, assim como pela manifesta necessidade de os profissionais de saúde terem conhecimentos para a tratarem, e garantirem a saúde, nas palavras de um adolescente *“alguém que saiba o que faz”*.

Qualidades que já haviam sido a primeira prioridade nos grupos focais onde o médico foi o profissional de referência e, mais uma vez reforçadas pelos motivos de satisfação com a relevância dada à competência, bastante associada ao tratamento e aos procedimentos técnicos sobretudo no médico e no enfermeiro. Para além de ser uma qualidade prioritária parece também ser bastante consensual uma vez que se mantém independentemente do género, idade, NSE e frequência de utilização dos serviços de saúde. Tem-se revelado também uma prioridade em estudos mais recentes (Tsai, Lin, Chou & Lin, 2014).

Observou-se uma valorização também muito relevante da comunicação associada à informação e explicação, consistentes com revisões da literatura (Ambresin, et al., 2013; Freake et al., 2007), podendo mesmo considerar-se que, para os adolescentes, esta é uma qualidade indispensável nos profissionais, designadamente no médico, a quem reconhecem esta competência quando se manifestam satisfeitos com o

esclarecimento das dúvidas e a explicação dada de forma compreensível. Esta dimensão foi mais valorizada pelos adolescentes mais velhos e pelas raparigas, confirmando resultados anteriores onde as raparigas revelaram maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde para se informarem e falar sobre os seus problemas e questões mais sensíveis, (Moules, 2009) e utilizam-nos com mais frequência (Nordin, et al., 2010; Vingilis et al., 2007). O facto de terem informação que sentem como credível e que os esclarece pode contribuir para uma perceção de maior autonomia e confiança nas suas escolhas e decisões e uma maior perceção de controlo sobre os seus comportamentos, concordantes com as necessidades de desenvolvimento sobretudo nas fases intermédia e final da adolescência (Coleman, 2011; Sprinthal & Collins, 1994).

Como alguns autores defendem, se a informação for adequada às suas necessidades e preocupações, a satisfação aumenta e a probabilidade de procura dos CdS será superior (Brown & Wisson, 2009; Ma et al., 2005).

“Haver condições de privacidade nas consultas”

“Não querer que os pais saibam”; Ter medo do que os profissionais possam pensar e dizer”

Em concordância com a literatura, as condições inerentes à privacidade e confidencialidade são claramente uma preferência e uma preocupação dos adolescentes. Tanto o assegurar as condições de privacidade durante as consultas, como o garantir a confidencialidade nas consultas e exames foram destacadas pelos adolescentes como preferências ao nível dos serviços, concomitantemente com atitudes dos profissionais que contribuem para as garantir, através do ser honesto, ouvir sem criticar e julgar, tratar com respeito e assegurar a confidencialidade sobre a informação que lhe transmitem. Estas constituem qualidades fundamentais na relação profissional que os adolescentes preferem, e que Ginsburg e colegas (2001) consideraram essenciais à segurança emocional. Estes resultados sugerem que as condições dos serviços são indissociáveis das atitudes dos profissionais para que estas questões sejam respeitadas, reconhecendo-se, no entanto, que os profissionais também podem exercer um papel importante na organização das condições contextuais.

As preocupações dos adolescentes com a quebra da confidencialidade têm sido evidenciadas na literatura também como uma importante barreira (Carlisle et al., 2006; Duncan et al., 2011; Lim et al., 2012; Loureiro, 2014) onde surgem, à semelhança dos resultados do presente estudo, o ter vergonha, o não querer que seja do conhecimento

dos pais e pensar que nos serviços não respeitam a confidencialidade (Booth et al., 2004), enquanto possíveis obstáculos à procura dos cuidados de saúde.

Autores como Klostermann e colegas (2005) defendem que construir uma relação de confiança entre o profissional e o adolescente é um alicerce imprescindível à securização, na garantia da confidencialidade. As questões da confidencialidade são mais valorizadas nos adolescentes e com especificidades que diferem dos adultos, uma vez que se centram sobretudo em questões relacionadas com os pais e com a abordagem de assuntos mais sensíveis (Paperny, 2011).

Esta dimensão foi mais valorizada pelas raparigas, que são quem procura mais os CdS, e pelos adolescentes mais velhos. Os autores associam esta preocupação às características de desenvolvimento face à necessidade de abordar assuntos mais sensíveis e íntimos com os profissionais, designadamente de saúde sexual e reprodutiva e problemas de ordem emocional (idem, Coleman, 2011; Gilbert et al., 2014) e, face à crescente autonomia, têm mais necessidade de o fazer sem a presença e por vezes sem o conhecimento dos pais (Ford, 2010). É bastante consensual que a satisfação destas condições favorece a procura dos serviços de saúde (Duncan et al., 2011; Gilbert et al., 2014; Mauerhofer et al., 2010).

Curiosamente, verificou-se que os adolescentes que atribuem bastante relevância ao respeito pela privacidade e confidencialidade quando avaliaram as preferências e as barreiras, não o destacam como um motivo importante de satisfação, o que suscita alguma reflexão. À semelhança de um estudo realizado na Mongólia (Sovd et al., 2006), poderá hipotetizar-se que o facto de não estarem satisfeitas as condições mais elementares nos serviços, como as condições relacionadas com as instalações e organização, poderá contribuir para que outras dimensões da qualidade dos cuidados não adquiram uma função tão importante na satisfação dos adolescentes. Isto é, condições físicas pouco atrativas agravadas pelos longos períodos de espera, que se revelam como um dos motivos de maior insatisfação dos adolescentes, poderão ocultar outros aspetos igualmente importantes como o da privacidade e confidencialidade. Por outro lado, poderá também considerar-se como possível explicação o facto de, no que respeita às preferências e às barreiras percebidas, os adolescentes serem convidados a pronunciar-se sobre indicadores em concreto, enquanto nos motivos de satisfação terem sido estimulados a justificar a sua escolha com uma questão aberta, onde se lhes pede que o façam com base nas suas experiências.

Nas barreiras percebidas pelos adolescentes também mereceu destaque, sobretudo do grupo dos mais velhos, a concordância com o facto de que valorizar pouco os problemas de saúde e a ajuda dos profissionais poderá ser um obstáculo importante à procura dos serviços de saúde pelos jovens. O que também remete para questões relacionadas com o desenvolvimento na adolescência. Não só com as crenças de invulnerabilidade (Millstein & Halpern-Felsher, 2002) e a negação da necessidade de ajuda, como com as atitudes negativas em relação à procura de ajuda dos profissionais (Rickwood, Deane & Wilson, 2007).

*“Ser capaz de compreender o que os jovens pensam e sentem”
“Ser simpático e atencioso”; “Gostar de trabalhar com jovens”; “Ser divertido e bem-disposto”*

As qualidades dos profissionais que foram mais valorizadas pelos adolescentes no âmbito da relação interpessoal prendem-se com atitudes em torno da relação profissional, enquanto facilitadoras da construção de uma relação de ajuda, centrada no adolescente e na compreensão das suas emoções (Roter & Larson, 2002). Algumas destas atitudes, já referidas como subjacentes à garantia da confidencialidade, juntamente com a capacidade de ouvir os jovens dando-lhes oportunidades de exporem os seus problemas, compreendê-los e saber aconselhar, reconhecendo a sua maturidade, foram destacadas. Como duas adolescentes referiram nos grupos de discussão *“não é aquela coisa de falar só o que dói e escrever no papel (...) abordamos outros aspetos da minha vida pessoal (...) existe uma certa confiança entre nós as duas”; “É assim, alguém que nos ouve”*.

Ser escutado é uma preferência bastante comum em estudos recentes (e.g., Freake et al., 2007; Hargreaves, 2014; Kilkelly & Sauvage 2013), nomeadamente num estudo de Bensted e colegas (2014) realizado com crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos, em oito países da Europa, onde a condição de “ser ouvido” foi a primeira prioridade em todos os grupos de idade, e o “ser compreendido” ocupou o segundo lugar nos grupos dos 13-15 anos e 16-18 anos.

Salienta-se que os adolescentes do presente estudo justificaram a satisfação com o psicólogo pela sua competência no ajudar a compreender e a resolver os problemas, associada à atitude compreensiva do outro como, segundo um adolescente, *“alguém que nos ouve e compreende”*.

Igualmente no domínio relacional, embora com uma menor relevância, foi ainda notória a importância das preferências dos adolescentes no domínio da relação pessoal,

tais como o ser simpático, paciente, divertido, gostar de trabalhar com jovens, enquanto características e atitudes facilitadoras da relação interpessoal. Estas características e atitudes mais afetivas e “amigáveis”, como referem Ong e colegas (1995) na sua revisão de literatura, são atitudes do domínio socio emocional que são essenciais ao desenvolvimento da relação profissional-paciente, especialmente com clientes/adolescentes que têm dificuldades em expressar os seus sentimentos, dúvidas e preocupações. Roter & Larson (2002) especificam que as estratégias de comunicação que estimulam a participação do cliente facilitam a expressão das suas expectativas e preferências e promovem um maior envolvimento nas tomadas de decisão.

Associando estas preferências aos motivos de satisfação apontados pelos adolescentes em relação aos profissionais, particularmente ao médico e ao enfermeiro, é interessante verificar que o ser simpático, atencioso e ter paciência são as características que mais satisfazem os adolescentes. Também acontece o mesmo em relação ao psicólogo, mas de forma menos evidente.

Estas características são igualmente valorizadas em outros estudos (Freake et al., 2007), bem como o seu contrário (Moules, 2009), como acontece no presente estudo quando é referida a insatisfação com os profissionais que são arrogantes, bruscos ou indisponíveis e desinteressados.

Pelo contrário, outras características como o género, a idade e a aparência foram, à semelhança dos estudos de Tatar (2001), as menos valorizadas, embora existam algumas divergências com os resultados de outros trabalhos (Jung al., 2003).

As crenças desfavoráveis sobre as atitudes dos profissionais foi a dimensão que os adolescentes menos valorizaram como um obstáculo à procura dos cuidados. A menor importância atribuída a esta barreira juntamente com a satisfação que os adolescentes mostram em relação aos profissionais, pode sugerir que, como estão satisfeitos não percebem as crenças desfavoráveis como barreiras importantes à procura dos CdS.

“Haver pouco tempo de espera para ser atendido”; “Os cuidados de saúde serem gratuitos para os jovens” “Terem uma sala de espera agradável e confortável”

A acessibilidade e condições de espaço foi a dimensão que obteve maior destaque nas preferências relativamente aos serviços, incluindo a preferência pelo curto tempo de espera, o facto de poder ser atendido no próprio dia, o não pagamento dos cuidados de saúde e o conforto dos espaços físicos. Tendo sido mais valorizada pelos

adolescentes de NSE mais baixo, o que é um resultado compreensível uma vez que para além de terem menos recursos económicos para procurar os serviços privados, são quem mais recorre aos serviços de saúde (ARLVT, 2014). O que se confirma por terem sido também quem mais valorizou os aspetos relativos à disponibilidade e facilidade nos contactos com os serviços.

Curiosamente uma das dimensões que não se destacou como barreira importante para os adolescentes foi a respeitante às dificuldades na acessibilidade, muito provavelmente porque são tarefas assumidas pela maioria dos pais, como o transporte para os locais, a marcação das consultas, entre outros. O que mais se salientou foram os longos períodos de espera, que é provavelmente o que representa para eles uma experiência negativa, uma vez que foi a condição que os adolescentes avaliaram também como o motivo de maior insatisfação com os serviços.

Apesar disso, revelaram a sua satisfação quando os serviços são acolhedores, o que sugere que um bom acolhimento, espaços confortáveis e tranquilos são importantes para eles. De salientar que o bom atendimento por parte dos profissionais, contribui para superar o défice das condições estruturais.

“Haver consultas específicas para adolescentes nos centros de saúde”
“Haver serviços destinados só a adolescentes, fora dos centros de saúde”

Na perspetiva de alguns profissionais, haver consultas e/ou serviços específicos para adolescentes dentro ou fora dos centros de saúde, onde pelo menos uma parte da consulta é reservada só ao adolescente com o profissional, e o facto de os jovens poderem ir sozinhos sem o conhecimento dos pais, são condições importantes para atrair os jovens aos CdS (Duncan et al., 2011; Ford, 2010). No entanto, esta dimensão das preferências relativas aos serviços, designada por condições específicas de atendimento dos adolescentes, foi aquela a que os adolescentes atribuíram menor importância.

Este resultado poderá surgir como contraditório não só com o que defendem alguns autores e associações (e.g., AAP, 2008_a; Edman et al., 2010; Ford, 2010; Gilbert et al., 2014; WHO, 2012), como com os próprios resultados anteriores relativos às questões da confidencialidade. Poderão ser várias as interpretações, sendo possível que, subjacente a este resultado, não esteja tanto o facto de os jovens desvalorizarem estas condições, mas antes o de nem sequer colocarem a hipótese da sua existência, uma vez que ainda são escassas nos serviços de saúde Portugueses. Poderá também colocar-se a

hipótese de que a maioria destes adolescentes pode ter pouca autonomia nas questões relacionadas com a saúde, ainda muito da responsabilidade dos pais. Considerando o desenvolvimento do adolescente e de acordo com Fleming (1993), um ambiente familiar que encoraje a autonomia de forma continuada, com baixo ou moderado controlo parental na fase intermédia e final da adolescência, são condições essenciais para ao desenvolvimento da autonomia comportamental nos adolescentes. Esta capacidade de realização da autonomia comportamental, segundo a autora, “...é tanto maior quanto maior a intensidade de percepção de pais encorajadores de autonomia, e esta tendência verifica-se do início ao término da adolescência, tanto nos rapazes como nas raparigas” (1993, p.242)

O facto de se ter verificado que são as raparigas e os adolescentes mais velhos que dão preferência à existência de consultas e espaços específicos para adolescentes, onde possam ir sozinhos, sem o conhecimento dos pais, e possam ter pelo menos uma parte da consulta sem a presença dos pais, pode reforçar esta hipótese. Numa leitura desenvolvimentista estes resultados são coerentes com as necessidades destes grupos na abordagem de assuntos mais sensíveis com os profissionais, bem como no crescente sentimento de maior autonomização em relação aos pais.

Em relação às preferências dos adolescentes sobre os locais dos serviços também em estudos como o de Berhane e colegas (2005) não existiu consenso, uns preferiam o atendimento dentro dos serviços já existentes, outros preferiam utilizar os serviços fora da sua área de residência, o que pode refletir a necessidade de haver diversidade na oferta de CdS aos adolescentes, recorrendo a várias estratégias e opções possíveis no sentido de disponibilizar os serviços adequados. Salienta-se que, no estudo citado, apesar das diferenças nas preferências dos jovens, todos eles valorizaram abordagens confidenciais e amigáveis com profissionais competentes.

De forma geral, podemos afirmar que os resultados do presente estudo são consistentes com o Behavioral Model of Health Service Use (Andersen, 1995; 2008; Phillips et al., 1998) ao identificar um conjunto de preferências dos adolescentes em relação aos profissionais e aos serviços de saúde, como possíveis fatores facilitadores da procura dos CdS, um conjunto de barreiras de ordem individual e estrutural que podem inibir essa procura, e ao avaliar o grau e motivos de satisfação como uma forma de avaliação dos resultados baseado nas experiências dos adolescentes com os CdS. Igualmente, os indicadores de algum efeito de variáveis sociodemográficas e da

frequência de utilização dos serviços na identificação dessas dimensões é consistente com este modelo.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Em relação à amostra, não é possível generalizar os seus resultados para os adolescentes Portugueses, pois, apesar de incluir adolescentes de várias escolas, públicas e privadas, e de diferentes freguesias, foi circunscrita ao concelho de Lisboa. Também o facto de se incluir somente jovens que frequentavam a escola é uma limitação importante, uma vez que os adolescentes que não frequentam a escola, ou que a abandonaram podem ser uma população mais vulnerável por pertencer a grupos socialmente desfavorecidos ou com características diferentes. Por outro lado, sendo um estudo transversal, não é possível definir relações ou direções de causalidade entre as variáveis em estudo.

Apesar das limitações são também de assinalar pontos fortes do presente trabalho. O facto de terem sido realizados dois estudos com amostras diferentes e metodologias de recolha e análise de dados diversificadas, complementando métodos qualitativos com quantitativos, onde o segundo estudo surge com base num estudo preliminar, que partiu das ideias dos adolescentes Portugueses, foi uma opção metodológica bastante positiva.

Salienta-se ainda que, apesar das possíveis fragilidades inerentes à construção dos instrumentos utilizados, considera-se ter sido bastante útil o uso de duas escalas diferentes em relação às preferências, uma dirigida às qualidades dos profissionais e outra às condições dos serviços de saúde. Assim, possibilitou, ao contrário da maioria dos estudos internacionais prévios, tratar os dados separadamente individualizando dimensões para cada uma das partes, tornando os resultados mais claros e específicos.

5.2. Conclusões

O conjunto de resultados do estudo permite fazer algumas considerações finais.

Os adolescentes atribuem um papel central aos profissionais nos CdS, que parece ser fundamental na procura dos mesmos e é, claramente, um elemento agregador que percorre transversalmente este trabalho, o que é concordante com os resultados dos estudos de Ginsburg e colegas (1995; 2002) onde os profissionais assumem uma importância superior aos fatores contextuais na procura dos CdS, ou em estudos mais

recentes como os de Hargreaves e colegas (2013). No presente trabalho, isso é evidente desde o estudo preliminar onde se salientaram sobretudo as experiências desfavoráveis com os profissionais, passando pelas preferências, e pelas barreiras onde também transparece a responsabilidade dos profissionais, designadamente na criação de condições de privacidade e confidencialidade, até finalizar com a satisfação que é manifestamente superior com os profissionais em comparação com os serviços. Utilizando o discurso de uma adolescente *“Apesar do tempo de espera ser demais e as outras coisas, os profissionais são muito atenciosos e prontos a ajudar”* (P-296).

No entanto, os locais onde os profissionais disponibilizam os cuidados de saúde são, sem dúvida, contextos relevantes, que parecem reforçar positiva ou negativamente a sua procura e utilização pelos adolescentes.

Os adolescentes têm uma visão predominantemente biomédica dos serviços de saúde, associando-os sobretudo à condição de doença, salvaguardando a prevenção através da vacinação obrigatória, onde aos profissionais compete maioritariamente diagnosticar e tratar a doença, designadamente ao médico de quem se pretende também esclarecimentos e explicações sobre a situação de saúde. Quando surge a referência à função da vigilância em saúde, está frequentemente relacionada com a saúde física, *“...ver se estamos doentes”, “pesar e medir...e saber se vemos bem”*.

Concomitantemente os CSP aparecem associados ao tratamento da doença e à vacinação, e pouco à promoção da saúde, não os reconhecendo como um local onde podem recorrer para obter informação e conselhos ou para resolver problemas de outra ordem.

Quando se considera cada um dos profissionais, surge o psicólogo a quem é reservada a competência da compreensão do outro e da ajuda na resolução de problemas, mas a quem os jovens recorrem muito pouco, ou porque não necessitam, ou devido à escassez destes técnicos nos serviços de saúde. O Enfermeiro surge associado aos procedimentos técnicos, quer ao tratamento como à administração de vacinas, mas também como aquele a quem cabe proporcionar conforto e tranquilidade, o que pode ser determinante na facilitação do relacionamento com o adolescente, quer na doença, quer na saúde.

Para além dos indicadores identificados no âmbito das preferências, das barreiras e da satisfação, esta associação à doença poderá ser também um dos motivos para não procurarem ou procurarem pouco os serviços por outras necessidades que ultrapassem estas razões.

Identificou-se um padrão de preferências dos adolescentes em relação aos serviços e aos profissionais, bem como de barreiras à procura dos CdS que, na generalidade, foram concordantes com os resultados em outros países onde estas questões têm sido estudadas (Ambresin et al., 2013; Bensted et al., 2014; Booth et al., 2004; Ginsburg et al., 1995, 2002; Hardoff et al., 2006; Kilkely & Savage, 2013; Rew et al., 1999; Sawyer et al., 2014; WHO, 2012).

Apesar de existirem algumas diferenças relacionadas com as condições socioeconómicas e culturais e dos próprios contextos, existem grandes semelhanças sobretudo quando se consideram os países ocidentais. A maioria dos autores acima referidos defendem a existência de alguns domínios e/ou indicadores universais. Estas similaridades podem ser explicadas, em parte pelos efeitos da globalização, pela valorização de valores comuns, uma certa harmonização de estilos de vida e de necessidades, bem como por características associadas ao desenvolvimento na adolescência. Os resultados do presente estudo parecem assim reforçar as ideias de Vinner (2012) no sentido de que as necessidades e preferências dos adolescentes em relação às questões da saúde têm mais semelhanças do que diferenças, podendo pensar-se que vão para além das culturas e resultam fundamentalmente de imperativos do desenvolvimento. No entanto, também se encontrou alguma evidência que sugere a possível influência dos contextos específicos Portugueses, como as condições físicas e de organização dos serviços e a oferta de cuidados de saúde, assim como as condições de acessibilidade, sendo igualmente de assinalar algumas diferenças nos resultados em função do género e NSE, frequência de utilização, para além da idade. Apesar da frequência habitual de utilização dos serviços de saúde pelos adolescentes ter tido um efeito mais ténue nas dimensões emergentes, tanto no domínio das preferências como nas barreiras.

Como seria de esperar, as ideias expressas pelos adolescentes aproximam-se do preconizado para os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes. As suas ideias manifestas através do que desejam (as suas preferências), do que lhes dificulta a procura dos CdS (as barreiras) e da avaliação que fazem (motivos de (in)satisfação) dos serviços e dos profissionais de saúde foram, na globalidade, consistentes com os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde como necessários para os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes: aceitáveis, acessíveis, apropriados, equitativos e efetivos (Ambresin, Michaud & Haller, 2014; Tylee et al., 2007; WHO, 2002; 2012).

5.3. Contributos para as práticas e formação, investigação e projetos futuros

A realização deste trabalho permite equacionar implicações quer ao nível das práticas, quer das políticas e da formação, assim como indicar possíveis direções para estudos futuros.

Implicações para as práticas

A visão biomédica dos adolescentes em relação aos serviços, a sua utilização maioritariamente por doença, a primazia atribuída aos profissionais (apesar do valor dos contextos) e a pouca clareza nas suas preferências quanto ao local de eleição para os cuidados que se lhe dirigem, se dentro ou fora das estruturas dos serviços de saúde, sugere algumas indicações para as práticas profissionais.

Surge como necessário que os profissionais utilizem todos os momentos de encontro com os adolescentes nos serviços de saúde para responder às suas preferências e necessidades de vária ordem (Dadich, et al., 2013), ajudando-os a descentrarem-se da doença e focando aspetos mais comportamentais relacionados com a identificação e prevenção dos riscos, e capacitando-os para a tomada de decisão em saúde, entendendo-os como participantes ativos no processo de saúde.

Também pode ser importante diversificar a oferta de cuidados de saúde ao nível da promoção da saúde e do bem-estar do adolescente, de acordo com as realidades locais. A oferta de mais espaços destinados especificamente à população adolescente e jovem, quer espaços específicos dentro dos centros de saúde, ou fora dos serviços de saúde, investindo na adaptação dos espaços e serviços tradicionais já existentes e, criando novos projetos de acordo com as necessidades da população juvenil a que se destinem pode ser uma forma de facilitar o acesso dos jovens a este tipo de cuidados. O investimento nos ambientes escolares, através do aumento da oferta e dinamização dos gabinetes de apoio ao aluno, envolvendo os próprios estudantes na sua reorganização, assim como o reforço das parcerias, contempladas em legislação, entre profissionais da educação e da saúde, como professores e psicólogos, médicos e enfermeiros dos ACES da região em questão, permitirá aproximar os profissionais dos jovens no sentido de facilitar e promover o seu encontro.

Salienta-se a necessidade de que estes profissionais tenham formação específica em desenvolvimento e saúde do adolescente e experiência na área (Fox, McManus, Irwin, Kelleher & Peake, 2013; Sociedade Portuguesa de Pediatria (sd); WHO, 2014) e

que tenham sobretudo o gosto e a motivação para trabalhar com jovens, como os próprios solicitaram no âmbito deste trabalho. Quando possível, as equipas multiprofissionais constituem a resposta de eleição.

Em suma, propõem-se “*Cuidados de Saúde Amigos dos Adolescentes*”, que não se limitem a centros ou estruturas especializadas para adolescentes, ou a serviços tradicionais. Mas antes a cuidados que, seguindo os requisitos propostos pela WHO (2002, 2012) para os serviços “amigos” dos adolescentes, sejam prestados por profissionais “amigos” dos adolescentes, quer em hospitais, centros de saúde, ou outros locais da comunidade a eles destinados, desde que adaptados ao atendimento dos mesmos (Ambresin, et al., 2014) e para o qual este grupo nos deixou algumas pistas.

De referir, o facto de as raparigas terem um comportamento de procura dos serviços e de cuidados de saúde mais proativo e superior ao dos rapazes o que faz com que se lhes dedique maior atenção, quando provavelmente seria mais necessário um maior investimento nos rapazes dado que são estes quem procura menos os serviços de saúde. Como questiona Marcell e colegas, num dos seus artigos (2002) “ (...) *Where are the boys?*”

Também os adolescentes da fase intermédia e final da adolescência, que frequentam menos as consultas de vigilância de saúde, devem ser um foco de atenção específica. As competências comunicacionais, com informação e explicação centrada nas suas dúvidas, o assegurar a privacidade e a confidencialidade, proporcionando uma parte da consulta só com o profissional, sem a presença dos pais, e a possibilidade de irem aos serviços sem o conhecimento dos pais parecem ser para este grupo de adolescentes aspetos importantes.

Contributos para as políticas e para a formação

Será fundamental promover uma cultura onde os adolescentes sejam “mais ouvidos”, as suas necessidades compreendidas e os seus direitos de participação respeitados (McManus, 2014; Kilkelly & Savage, 2013; Weil et al., 2015), reforçando alguns projetos iniciados muito recentemente no nosso país como o *Dream Teens* (Matos, 2014; Matos, 2015). Este projeto conta com uma rede de adolescentes, entre os 11 e os 18 anos, de todo o país, e pretende privilegiar o envolvimento dos jovens num processo de cidadania ativa. Procura aproximar os jovens à investigação, bem como tornar a sua vida mais visível e aumentar a força da sua “voz” e a sua participação social

e cívica em matérias como a saúde, informando os decisores políticos sobre as suas necessidades e propostas (Matos, 2015).

Propõe-se um maior investimento no desenvolvimento académico quer na formação dos profissionais de saúde quer na investigação nesta área (IAAH, 2015; Sawyer et al., 2012; WHO, 2015). Aumentar a oferta formativa na área da adolescência, tanto na formação graduada como pós-graduada, designadamente em medicina e enfermagem, através de unidades curriculares e de cursos de curta duração direcionados para o desenvolvimento e saúde do adolescente. Sugere-se que a área da comunicação e relação seja prioritária (Hargreaves, 2011; 2014), onde se valorizem particularmente as questões do respeito pela privacidade e confidencialidade (Kely, 2007), como temáticas de abordagem obrigatória. Como relembra Monteiro-Grilo (2012) a comunicação é uma das ferramentas mais importantes na prestação de cuidados de saúde, pelo que tem aumentado substancialmente o interesse no ensino de competências comunicacionais.

Contributos para a investigação e projetos futuros

Este projeto trouxe alguns contributos para a investigação relativa aos cuidados de saúde aos adolescentes.

Pela primeira vez, tanto quanto é do nosso conhecimento, foram estudadas no nosso país as perspetivas dos adolescentes sobre os CdS, incluindo diferentes dimensões do problema (preferências, barreiras e satisfação), cuja abordagem conjunta permitiu uma visão mais compreensiva de como os CdS são perspetivados pelos adolescentes.

As dimensões que emergiram do atual estudo e respetivos indicadores podem constituir-se como uma importante base de trabalho para a construção de futuros instrumentos de avaliação das práticas dos profissionais e dos serviços de saúde, ou seja da qualidade de cuidados de saúde, na perspetiva dos adolescentes. Ou, constituir objeto de comparação com alguns dos instrumentos internacionais já existentes.

Os estudos mais recentes pretendem, na sua maioria, contribuir para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde aos adolescentes tendo por base os requisitos definidos para os serviços de saúde “amigos” dos adolescentes (WHO, 2002; 2012), sendo a avaliação solicitada aos adolescentes segundo estas orientações. Os trabalhos estão a ser desenvolvidos tanto ao nível dos CSP (Ambresin et al., 2013; 2014; Haller et al., 2012; 2014), como em contextos hospitalares (Hargreaves, McDonagh & Viner, 2013; Sawyer et al., 2014). Muitos dos projetos em curso são da responsabilidade de equipas que incluem investigadores de diferentes países, nomeadamente Austrália,

Suíça e Reino Unido, embora muito recentemente comecem a surgir outros países a interessarem-se pelo estudo da temática.

Conclui-se este trabalho com a convicção da sua importância no informar dos profissionais de saúde e dos responsáveis políticos para as mudanças necessárias no desenvolvimento das práticas de cuidados com os adolescentes, bem como nas estruturas e organização dos serviços de saúde onde são disponibilizados os CdS à população juvenil. Ao qual acresce a mais-valia na formação dos profissionais de saúde, disponibilizando indicadores de relevância a integrar na formação graduada e pós-graduada, bem como nos desafios que se colocam à investigação.

Por fim, fazendo nossas as palavras de Weil e colegas:

“We propose that sustained progress in the future will depend on participation becoming a routine part of the culture of healthcare at all levels — from the ‘micro’ level of individual consultations between children/young people and professionals, the ‘meso’ level of quality improvement and service development and the ‘macro’ level of regional or national policy development.

(Weil, Lemer, Webb & Hargreaves, 2015)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D. (2001). Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health*, 29(3), 170-176.
- Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT) (2013). *Retrato da saúde em Lisboa: contributo para um perfil de saúde da cidade*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em www.arslvt.min-saude.pt
- Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT) (2014). *Análise do movimento assistencial dos cuidados de saúde primários e consultas e urgências hospitalares: 2012/2013*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em www.arslvt.min-saude.pt
- Agampodi, S. B., Agampodi, T. C. &, Piyaseeli, U. K. D. (2008). Adolescent's perception of reproductive health care services in Sri Lanka. *BMC Health Services Research*, 8, 98-105. Doi: 10.1186/1472-6963-8-98 Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/98>
- Aida, J., Azimah, M.N., Mohd Radzniwan, A.R., Iryani, M. D., Ramli, M. & Khairani, O. (2010). Barriers to the utilization of primary care services for mental health problems among adolescents in a secondary school in Malaysia. *Malaysian Family Physician*, 5(1), 31-35. Disponível em <http://www.e.mfp.org/>
- Ambresin, A-E, Bennett, K., Patton, G. C. Sanci, L. & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52, 670-681.
- Ambresin, A-E., Michaud, P-A. & Haller, D. M. (2014). Services «amis des jeunes»: promouvoir des soins adaptés aux adolescentes. *Review Médical Suisse*, 10(434), 1278-1281.
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2008_a). Achieving quality health services for adolescents. *Pediatrics*, 121(6), 1263-1270. Doi:10.1542/peds.2008-0694 Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/6/1263.full.html>
- American Academy of Pediatrics (AAP, 2008_b). Principles for the development and use of quality measures. *Pediatrics*, 121(2), 411-418. Doi:10.1542/peds.2007-3281. Disponível <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/411.full.html>

- American Medical Association (AMA). Guidelines for Adolescent Preventive Services. Chicago: American Medical Association. Disponível em <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioural model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Andersen, R. M. & Aday (1978). Access to medical care in the US: realized and potencial. *Medical Care*, 16(4), 533-46.
- Anderson, G., Lampropoulos, B., Clarke, S. & Kohn, M. (s/d). Perceived needs and patient satisfaction in relation to adolescent health care, 54-59. 7th National Conference of the Association for the Welfare of Child Health. Sydney. Disponível em <http://www.awch.org.au/pdfs/conferences/1999/Adolescent Health Care.ddf>
- Anderson, J. E. & Lowen, C. A. (2010). Connecting youth with health services: Systematic review. *Canadian Family Physician*, 56(8), 778-784.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances*, 8(4), 33-49.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317-326.
- Arnett, Jeffrey J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arnett, J. J. & Hughes, M. (2012). *Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach*. London: Pearson.
- Atkinson, K., Schattner, P. & Margolis, S. (2003). Rural secondary school students living in a small community: their attitudes, beliefs and perceptions towards general practice. *Australian Journal Rural Health*, 11, 73-80.
- Ayton, A. K., Mooney, M.P., Sillifant, K., Powls, J. & Rasool (2007). The development of the Child and Adolescent versions of the Verona Service Satisfaction Scale (CAMHSSS). *Social Psychiatry Epidemiology*, 42, 892-901.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ªed.). Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2007). Psicologia pediátrica e promoção da saúde. In Carvalho Teixeira, J. A. (Org.) *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção* (pp.77-84). Lisboa: Climepsi.
- Beal, A. C., Co, J. P. T., Dougherty, D., Jorsling, T., Kam, J., Perrin, J. & Palmer, H. (2004). Quality measures for children's health care. *Pediatrics*, 113,199-210.
- Becker, M. H. & Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care*, XIII (1), 10-24.
- Benkert, R., George, N., Tanner, C., Barkauskas, V. H., Pohl, J. M. & Marszalek, A. (2007). Satisfaction with a school-based teen health center: a report card on care. *Pediatric Nursing*, 33(2), 103-109.
- Bensted, R., Hargreaves, D.S., Lombard, J., Kikelly, U. & Viner, R. M. (2014). Comparison of healthcare priorities in childhood and early/late adolescence: Analysis of cross sectional data from eight countries in the Council of Europe Child-Friendly Healthcare Survey, 2011. *Child Care Health Development*, 41(1), 160-165. Doi: 10.1111/cch.12169
- Bensted, R., J., Hargreaves, D.S., Lombard, J., Kikelly, U. & Viner, R. M. (2013). G208 Distinct healthcare priorities in early adolescence, *Archives of Diseases Children*, 98, A93. Doi: 10.1136/archdischild-2013-304107.220
- Berhane, F., Berhane, Y. & Fantahun, M. (2005). Adolescents' health service utilization pattern and preferences: Consultation for reproductive health problems and mental stress are less likely. *Ethiopian Journal Health Development*, 19(1), 29-36.
- Bernard, D., Quine, S. Kang, M., Alperstein, G., Usherwood, T., Bennett, D. & Booth, M. (2004). Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(5), 487-492.
- Bibace, R., Walsh, M. (1980). Developmental children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66(6), 912-17.

- Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 65-72.
- Blakemore, S-J. (2012). Development of the social brain in adolescence. In Fórum Gulbenkian de Saúde 2011. *Labirintos da adolescência: roads to whatever* (pp.7-19). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Blakemore, S-J. & Mills, K.L. (2013). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 9-21. Doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115202
- Blum, R. W. & Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health*, 35, 402-418.
- Blum, R. W. (2009). Young people: not as healthy as they seem. *Lancet*, 374, 853-854.
- Blum, R. W. & Dick, B. (2013). Strengthening global programs and policies for youth based on the emerging science. *Journal of Adolescent Health*, 52, S1-S3.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, 193-209.
- Booth, M, L., Bernard, D - Bernard, D., Quine, S., Kang, M., Usherwood, T., Alperstein, G., & Bennett, D. (2004). Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *Journal of Adolescent Health*, 34, 97-103.
- Booth M. L., Knox, S. & Kang, M. (2008). Encounters between adolescents and general practice in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 699-705.
- Britto, M. T.; DeVellis, R. F.; Hornung, R. W.; DeFries, G. H.; Atherton, H. D. & Slap, G.B. (2004). Health care preferences and priorities of adolescents with chronic illnesses. *Pediatrics*, 114(5), 1272-1280.
- Britto, M. T.; Slap, DeVellis, Tivorsak, T. N. & Slap, G. B. (2010). Adolescents' needs for health care privacy. *Pediatrics*, 126(6), e1469-e1476.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Havard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Brown J. D. & Wissow, L. S. (2009). Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationships to youth perceptions of care. *Journal of Adolescent Health*, 44(1), 48-54.
- Buchanan, C. M., Eccles, J.S., & Flanagan, C., M., Midgley, C., Feldlaufer, H. & Harold, R. D. (1990). Parents' and teachers' beliefs about adolescents: effects of sex and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(4), 363-394.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *Journal of Adolescent*, 25, 231-242.
- Bustreo, F. & Chestnov, O. (2013). Emerging issues in adolescent health and the positions and priorities of the World Health Organization. *Journal of Adolescent Health*, 52, S4. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.11.0055>
- Caldow, J., Campbell, N. C., Lee, A., Miguel, F. S., Bond, C., Ryan, M. & Kiger, A. (2007). Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. *Health Expectations*, 10(1), 30-45.
- Campbell, S. M., Roland, M.O., e Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51, 1611-1625.
- Carlisle, J., Shickle, D., Cork, M. e McDonagh, A. (2006). Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *Journal of Medical Ethics*, 32, 133-137. Doi: 10.1136/jme.2004.011262
- Carvalho, J., Sá, A., Preto, P., Ferreira, N. & Gaspar, E. (2013). Os adolescentes na consulta e no internamento. In P. Fonseca & H. Rodrigues (Coord.). *Boletim: Adolescentes e Adolescência* (pp. 4-10). Secção de Medicina do Adolescente- Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Castiglioni, A., Shewchuk, R. M., Willett, L.L., Heudebert, G.R. e Centor, R.C. (2008). A pilot study using nominal group technique to assess residents' perceptions of

- successful attending rounds. *Journal General Internal medicine*, 23(7), 1060-5. Doi: 10.1007/s11606-008-0668-z
- Chung P. J., Lee T.C., Morrison, J. L., Schuster, M. A. (2006). Preventive care for children in the United States: quality and barriers. *Annual Review Public Health*, 27, 491-515.
- Cloutier, R. & Drapeau, S. (2012). *Psicologia da adolescência*. Petrópolis: Editora Vozes. (Obra original publicada em 2008)
- Clowers M. (2000). Urban female teenagers' perceptions of medical communication. *Adolescence*, 35(139): 571-585.
- Coker, T., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A. & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: the perspectives of adolescents and parents. *Journal of Adolescent Health*, 47, 133-142.
- Coleman, JC. (2011). *The nature of adolescence*. (4th ed.). London: Routledge.
- Coleman, J., Hendry, L. B. & Kloep, M. (2007). Understanding adolescent health. In J. C., Coleman, L.B. Hendry & M. Kloep (Eds.). *Adolescence and health* (pp.1-18). London: John Wiley & Sons Ltd.
- Cook-Cottone, C., Grella S., & Smith, A. S. (2013). Training issues in adolescent health. In: William T. O'Donohue, Lorraine T. Benuto & Lauren W. Tolle, (Ed.), *Handbook of Adolescent Health Psychology*. (pp. 323-342). New York: Springer.
- Cottrell, L. A., Nield, L. S., & Perkins, K. C. (2006). Effective interviewing and counselling of the adolescent patient. *Pediatric Annals*, 35(3), 164-172.
- Crisp, L. N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J.L., Barros, P. P. & Soares, J. (2014). *Um futuro para todos: todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Crosby, R.A., Santelli, J.S. & DiClement, R.J. (2009). Adolescents at risk: A generation in jeopardy. In R.J., DiClemente, J.S., Santelli, & R.A., Crosby (Ed.), *Adolescent health: understanding and preventing risks behaviors* (pp.3-5). San Francisco: Jossey-Bass.

- Currie, C., Zanotti, A., Currie, D., Looze, M. D., Roberts, C., & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em <http://www.euro.who.int/pubrequest>
- Curtis, K., Liabo, K., Roberts, H. & Barker, M. (2004). Consulted but not heard: a qualitative study of young people's views of their local health service. *Health Expectations*, 7(2), 149-156. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00265.x
- Dadich, A., Jarrett, C., Sansi, L., Kang, M. & Bennett, D. (2013). The promise of primary health reform for youth health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49, 887-890.
- Dagnew, T., Tessema, F. e Hiko, D. (2015). Health services utilization and reported satisfaction among adolescents in Dejen District, Ethiopia: a cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Science*, 25(1), 17-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.4314ejhs.v25i1.4>
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities-Keynote Address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22. Doi: 10.1196/annals.1308.001
- Dashiff, C. (2001). Data collection with adolescents. *Methodological Issues in Nursing Research*, 33(3), 343-349.
- Department of Health (UK) (2011). *Quality criteria for young people friendly health services - 2011 edition*. London: DH. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/publications>
- Dick, B. & Ferguson, J. (2015). Health for the World's adolescents: a second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56, 3-6. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Direcção-Geral da Saúde (2005_a). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2005_b). *Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content>.

- Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content>.
- Direcção-Geral da Saúde (2013a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. Disponível em http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20134.pdf
- Direcção-Geral da Saúde (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS. Disponível em www.dgs.pt
- Direcção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2014 – documento em discussão*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde (2014). *A Saúde dos Portugueses*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde (2015a). *Saúde Mental em Números 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde (2015b). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Direcção-Geral da Saúde (2016). *Saúde Mental em Números 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Disponível em <http://www.dgs.pt>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Donabedian, A. (1980). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- Dubas, J. S., Miller, K. & Petersen, A. C. (2003). The study of adolescence during the 20th century. *History of the Family*, 8, 375-397. Disponível em www.sciencedirect.com
- Duncan, R. E., Vandeleur, M., Derks, A. & Sawyer, S. (2011). Confidentiality with adolescents in the medical setting: what do parents think? *Journal of Adolescent Health*, 49, 428-430.

- Edman, J., Adams, S. H., Park, M. J. & Irwin, C. E. (2010). Who gets confidential care? Disparities in a National sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46, 393-395. Doi: 10.1016/j.jadoheath.2009.09.003
- Elkind, D. (1967). *Egocentrism in adolescence*. Child Development, 38(4), 1025-1034.
- Epstein, R.M. & Street, R. L. (2011). The values and value of Patient-Centered care. *Annual Family Medicine*, 9, 100-103. Doi: 10.1370/afm.1239
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- European Commission (2015). *European Youth Report: The situation of young people in Europe 2015*. Commision Staff Working Document. Brussels. Disponível em EU Youth Report 2015.
- Eurostat (2015). *Eurostat Statistical Book. Being young in Europe today*. Luxemburg: Publications Office of the European Union. Doi: 10.2785/59267. Disponível em <http://europa.eu>
- Fatusi, A. O. & Hindin, M. J. (2010). Adolescents and youth in developing countries: health and development issues in context. *Journal of Adolescence*, 33, 499-508.
- Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/ESPAD Portugal/2011*. Lisboa: SICAD. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/125/ECATD-2011_Final-rev.pdf
- Ferrari, R. A. P., Thomson, Z. & Melchior, R. (2006). Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2491-2495. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n11/24.pdf>
- Ferreira, V. S. & Nunes, C. (2010). Transições para a idade adulta. In Pais, J. M. & Ferreira, V. S. (Orgs). *Tempos e transições de vida: Portugal ao espelho da Europa* (pp.39-67). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Ferreira, P.L. (2001). Avaliação dos doentes de cuidados primários: aspetos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 17, 15-45.

- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V. Godinho, P. e Felício, E.D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Rejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 53-61.
- Ferreira, P. L. & Lourenço, O. D. (2003). Avaliações subjetivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 81-91.
- Ferreira S., Freira, S., Ferreira, P.D. e Fonseca, H. (2011). Faltas à Consulta de Adolescentes: motivos e dimensão do problema. *Acta Pediatrria Portuguesa*, 42 (6), 258-63. Doi: 0873-9781/11/42-6/258
- Field A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. (4ªed). London: Sage.
- Fleming, M. (1993). *Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fonseca, H. (2005). *Viver com adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, H. (2012). *Compreender os adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Ford, C. A, English A. & Sigman G. (2004). Confidential health care for adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, 35, 160-167.
- Ford, C. A. (2007). More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care. *Journal of Adolescent Health*, 40, 199-200.
- Ford, C. A. (2010). Which adolescents have opportunities to talk to doctors alone? *Journal of Adolescent Health*, 46, 307-308.
- Fox, H. B., Philliber, S. G., McManus, M. A. & Yurkiewicz, (2010). Adolescents' experiences and views on health care. *Report.nº2* March, pp. 202-223. The National Alliance to Advance Adolescent Health. Washington. Disponível em www.TheNationalAlliance
- Fox, H. B., McManus, M. A. & Irwin, C. E., Kelleher, K. J. & Peake, K. (2013). A research agenda for adolescent-centered primary care in United States. *Journal of Adolescent Health*, 23, 307-310.
- Freake H., Barley, V. & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of literature. *Journal of Adolescence*, 30(4), 639-653.

- Freed, L. H., Ellen, J. M., Irwin, J. & Millstein, G. (1998). Determinants of adolescents' satisfaction with health care providers and intentions to keep follow-up appointments. *Journal of Adolescent Health*, 22(6), 475-479.
- Gardner, M. & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk preference, and risk decision making in adolescence an adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. Doi: 10.1037/0012-1649.41.4.625
- Garland, A., F., Saltzman, M. D., & Aarons, G. A. (2000). Adolescent satisfaction with mental health services: development of a multidimensional scale. *Evaluation and Program Planning*, 23, 165-175.
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Ravens-Sieberer, U. & Tountas, Y. (2010). Adolescent health care use: investigating related determinants in Greece. *Journal of Adolescence*, 33, 477-485.
- Gilbert, A. L., Rickert, V. I. & Aalsma, M. C. (2014). Clinical conversations about health: the impact of confidentiality in preventive adolescent care. *Journal of Adolescent Health*, 55, 672-677. Doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.016
- Gibson; F. (2007). Conducting focus groups with children and young people: strategies for success. *Journal of Research in Nursing*, 12, 473-483.
- Ginsburg K. R., Slap G. B., Cnaan A., Forke, C. M., Balsley, C. M., & Rouselle D. M. (1995). Adolescents' perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA*, 273(24), 1913-18.
- Ginsburg K. R., Menapace A., Slap G. B. (1997). Factors affecting the decision to seek health care: The voice of adolescents. *Pediatrics*, 100(6), 922-930.
- Ginsburg K.R., Forke C.M., Cnaan A., & Slap, G. B. (2002_a). Important health provider characteristics: the perspective of urban ninth graders. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 23(4), 237-43.
- Ginsburg, K.R., Winn, R.J., Rudy, B.J., Crawford, J., Zhao, H. & Schwarz, D.F. (2002_b). How to reach sexual minority youth in the health care setting: the teens offer guidance. *Journal of Adolescent Health*, 31(5), 407-416.
- Gleeson, C. R., Robinson, M. B. & Neal, R. D. (2002). A review of teenagers' perceived needs and access to primary health care: implications for health services. *Primary Health care Research and Development*, 3, 184-193.

- Goldberg, J. H., Halpern-Felsher, B. L. & Millstein, S. G. (2002). Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychology, 21*(5), 477-84.
- Goossens, L. (2006). Adolescent development: Putting Europe on the map. In S. Jackson & L. Goossens, *Handbook of Adolescent Development*, (pp. 1-10). New York: Psychology Press.
- Graber, J. A. & Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology, 32*(4), 768-776.
- Grossman, E., Ruzany, M.H. & Taquette, S.R. (2004). A consulta do adolescente. *Adolescência & Saúde, 1*(1), 9-13.
- Gyamfi, P., Keens-Douglas, A., & Medin, E. (2007). Youth and youth coordinators' perspectives on youth involvement in systems of care. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 34*(4), 382-394.
- Haller D.M., Sanci, L.A., Patton, G.C. & Sawyer, S.M. (2007). Toward youth friendly services: a survey of young people in primary care. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 775-81.
- Haller, D. M., Meynard, A., Pejic, D., Sredic, A., Huseinagic, S., Courvoisier, D. S., ... Narring, F. (2012). YFHS-WHO+Questionnaire: Validation of a Measure of Youth-Friendly Primary Care Services. *Journal of Adolescent Health. 51*, 422-430. Doi:10.1016/j.jadohealth.2012.01.019.
- Haller, D. M., Narring, F., Chondros, P., Pejic, D., Sredic, A., Huseinagic, S., ... Meynard, A. (2014). Development of youth friendly family medicine services in Bosnia and Herzegovina: protocol for a cluster randomized controlled trial. *Springer Plus, 3*, 319-326. Doi: 10.1186/2193-1801-3-319, disponível em <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:55168>
- Hardoff, D., Tamir, A. & Snir, T. (2006). Preferences of Israeli adolescents in regard to health services: a pilot study. *Journal of Adolescent Health, 39*, 614-616.
- Hargreaves, D. S. (2011). Revised you're welcome criteria and future development in adolescent healthcare. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 3*(2), 43-50. Doi: 10.4274/jcrpe.v3i2.10

- Hargreaves D.S. (2014). Learning to listen: delivering patient-centered care for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 55, 463-464. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.013>
- Hargreaves DS, BChir MB, Sizmur S, Viner RM (2012). Do young and older adults have different health care priorities? Evidence from a national survey of English inpatients. *Journal of Adolescent Health*, 51, 528-532.
- Hargreaves, D. S. & Viner, R. M. (2012). Children's and young people's experience of the National Health Service in England: a review of national surveys 2001-2011, *Archives of Disease Childhood*, 97, 661-666. Doi: 10.1136/archdischild-2011-300603
- Hargreaves D.S., McDonagh J.E. & Viner R.M. (2013). Validation of You're Welcome quality criteria for adolescent health services using data from national inpatient surveys in England. *Jornal of Adolescent Health*, 52, 50e-57.e1. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.04.005>
- Hargreaves, D.S., Elliot, M.N., Viner, R.M., Richmond, T.K., e Schuster, M.A. (2015). Unmet health care need in US adolescents and adult health outcomes. *Pediatrics*, 136(3), 513-520. Doi: 10.1542/peds.2015-0237
- Hargreaves, D.S., Graves, F., Levay, C., Mitchell, I., Koch, U, Esch, ... Sheikh, A. (2015). Comparison of health care experience and access between young and older adults in 11 high-income countries. *Journal of Adolescent Health*, 57, 413-420.
- Heary, Caroline. M. & Hennessy, E. (2002). The use of focus group interviews in pediatric health care research. *Journal of Pediatric Psychology*, 27 (1), 47-57.
- Helms, J. L. (2003). Barriers to help seeking among 12th graders. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 15(1), 27-40.
- Hetlevik O, Haug K, Gjesdal S. (2010). Young people and their GP: a register-based study of 1717 Norwegian GPs. *Family Practice*, 27, 3-8.
- Hill, M. M., Hill, A. (2002). Investigação por questionário (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). The growth of logical thinking from childhood to adolescence. New York: Basic Books.

International Association for Adolescent Health (2015). Statement by IAAH on the adolescent health priorities and interventions working paper. Disponível em <http://www.iaah.org>

Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em www.ine.pt e www.insa.pt

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2015). *Estatísticas de Saúde 2013*. Lisboa: INE.

Institute of Medicine, Committee to design a strategy for quality review and assurance in medicare (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol I. Lohr KN, ed, Washington: National Academy Press.

Institute of Medicine, Committee on Quality health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new Health System for the 21st Century*. Washington: National Academy Press.

Jacobson, L.D., Matthews, S.J., Robling, M.R. & Donovan, C. (1998). Challenges in evaluating primary care for teenagers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4(3), 183-189.1998

Jacobson L. D., Mellanby A. R. Donovan, C., Taylor, B., & Tripp, J. H. (2000). Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. *Family Practice*, 17(2), 156-158.

Jedeloo, S., van Staa, A., Latour, J. M., & van Exel, N. J. (2010). Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation. *International journal of nursing studies*, 47(5), 593-603. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.10.006

Jerónimo, M., Arriaga, Pascoal Moleiro e Luz, A. (2014). Como são os nossos adolescentes? Retrato de uma amostra escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa* 45(2), 130-136.

- Jones, R. & Bradley, E. (2007). Health issues for adolescents. *Pediatrics and Child Health*, 17, 433-438.
- Joyce-Moniz, L. (1992). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R. & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations*, 6, 160-181.
- Kelly, K. B. (2007). Promoting adolescent health. *Acta Paediatrica*, 96, 1389-1391.
- Kelsey, J. & Abelson-Mitchell, N. (2007). Adolescent communication: perceptions and beliefs. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(1), 42-49.
- Kilkelly, U. (2011). *Child friendly healthcare: The views and experiences of children and young people in Council of Europe*. Strasburg: Council of Europe.
- Kilkelly, U. & Savage, E. (2013). *Child-friendly healthcare: A report commissioned by the Ombudsman for Children* (Tech. Rep.). Dublin. Retrieved from <http://www.oco.ie/wp-content/uploads/2014/03/ChildFriendlyHealthcareOCO.pdf>
- Klein, D. (2003). Short Report: Adolescents' health. Does having a family physician make a difference? *Canadian Family Physician*, 49, 1000-2.
- Klein, D., Wild, C. T. & Cave, A. (2005). Understanding why adolescents decide to visit family physicians: Qualitative study. *Canadian Family Physician*, 51, 1660-68.
- Klostermann, B. K., Slap, G. B., Nebrig, D. M., Tivorsak, T. L. & Britto, M. T. (2005). Earning trust and losing it: Adolescents' views on trusting physicians. *The Journal of Family Practice*, 54(8), 679-687.
- Krueger, R. A. (1998). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Kuhl, J., Jarkon-Horlick & Morrissey, R.F. (1997). Measuring barriers to help-seeking behaviour in adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 26(6), 637-650.
- Lambert, V., Coad, J., Hicks, P. & Glacken, M. (2014). Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 57-71. Doi: 10.1177/1367493512473852
- Laenen, F.V. (2009). *Child: Care, Health and Development*, 35(3), 323-329. Doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00936.x

- Lehrer, J. A., Pantell, R., Tebb, K. & Shafer, M-A. (2007). Forgone health care among U.S. adolescents: associations between risk characteristics and confidentiality concern. *Journal of Adolescent Health*, 40, 218-226.
- Lerner, R.M. (1996). Editorial: research on adolescence: then, now and next. *Journal of Research on Psychology*, 6, 365-475.
- Lim, S.W., Chhabra, R., Rosen, A., Racine, A.D. & Alderman, E.M. (2012). Adolescents' views on barriers to health care: A pilot study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 3(2), 99-103. Doi: 10.1177/2150131911422533.
- Lindsey, C.R. & Kalafat, J. (1998). Adolescents' views of preferred helper characteristics and barrier to seeking help from school-based adults. *Journal of Education and Psychological Consultation*, 9(3), 171-193.
- Loureiro, L.M.J. (2014). *Primeira ajuda em saúde mental*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L.M.J & Abrantes A.R.D. (2014). Estigma e procura de ajuda em saúde mental. In L.M.J. Loureiro (Coord.). *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 41-61). Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, 8. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, L.M.J, Rodrigues, M.A., Santos, J.C. & Oliveira, R.A. (2014). Literacia em saúde – breve introdução ao conceito. In L.M.J. Loureiro (Coord.). *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp.13-25). Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde, 8. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lourenço, O. M. (1997). *Psicologia do desenvolvimento cognitivo: teoria, dados e implicações*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ma, J., Wang Y. & Stafford, R. S. (2005). U.S. adolescent receive suboptimal preventive counselling during ambulatory care. *Journal of Adolescent Health*, 36 (5), 441.e1-441.e7.
- Machado, M. C., Alves, M. I. & Couceiro, M. L. (2011). Saúde infantil em Portugal: Indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(5), 195-204.

- Macphail, A. (2001). Nominal group Technique: a useful method for working with young people. *British Educational Research Journal*, 27(2), 161-170. Doi: 10.1080/01411920120037117
- Mah, J.K., Tough, S., Fung, T., Douglas-England, K. & Verhoef, M. (2006). Adolescent quality of life and satisfaction with care. *Journal of Adolescent Health*, 38, 607.e1-607.e7.
- Maia, M., Lopes, S., Lopes, T., Madureira, C., Oliveira, F., Fontes, C. & Fonseca, P. (2015). Geração digital: riscos e competências. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 232-238.
- Malheiro, I. (2005). Integração/Inclusão de Jovens com Spina Bífida no Ensino Regular...A Voz da Experiência. *Enfermagem (APE)* 39, 28-36.
- Marcell, A., Klein, J., Fischer, I., Allan, M. & Kokotailo, P. (2002). Male adolescent use of health care services: where are the boys? *Journal of Adolescent Health*, 30, 35-43.
- Marcell, A.V. & Halpern-Felsher, B. L. (2005). Adolescents' health beliefs are critical in their intentions to seek physician care. *Preventive Medicine*, 41(1), 118-125. Doi:10.1016/j.ypmed.2004.10.016
- Marcell, A.V. & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. *Journal of Adolescent Health*, 41, 61-68. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.02.006
- Marcell, A. V., Ford, C. A. Pleck, J. H. & Sonenstein, F. L. (2007). Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use. *Pediatrics*, 11 (4), 966-975. Doi:10.1016/j.jadohealth.2007.02.006
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. (3ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 569-575.
- Matos, M. G. & Equipa do Projeto Aventura Social (2015). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempos de recessão – relatório do estudo HBS 2014*. Disponível em <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>.

- Matos, M. G., Morgan, A. & Social Adventure Team (2012). Roads to whatever? or roads to a self-fulfilled future? Health assets and well-being in children and adolescents. In Fórum Gulbenkian de Saúde 2011. *Labirintos da adolescência: roads to whatever* (pp.61-82). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Matos, M. G. & Sampaio, D. (Coord.). (2009). *Jovens com saúde: diálogos com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Matos, M. G. (2014). Novos rumos na educação e promoção da saúde a partir de uma reflexão sobre a intervenção com crianças e adolescentes no trabalho do Aventura Social. *Saúde & Tecnologia*, 12, 5-7.
- Mauerhofer, A., Bertchold, A., Akre, C. Michaud, P-A. & Suris, J-C. (2010). Female adolescents' views on a youth-friendly clinic. *Swiss Medical Weekly*, 140(1-2),18-23.
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-16. Doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man03
- McManus, M. (2014). The promise and potential of adolescent engagement in health. *Journal of Adolescent Health*, 55, 314.
- McPherson, A. (2005). Adolescents in primary care. *British Medicine Journal (BMJ)*, 330, 465-467.
- Mendes, F., Mantovani, M.F., Gemitto, M.L. & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, III série*(9), 17-25.
- Menna, R. & Ruck, M. D. (2004). Adolescent Help-Seeking Behaviour: how can we encourage it? *Guidance & counselling*, 19(4), 176-183.
- Meynard, A., Haller, D.M., Navarro, C. & Narring, F. (2008). Risk-taking in adolescence. Screening and counseling strategies for primary care professionals. *Review Medicine Suisse*, 4(161), 1451-5.
- Michaud, P. A, & Ambresin, A.E. (2014). The health of adolescents around a world in transition. *Georgian Medicine News*, 230, 54-59.

- Millstein, S. G., & Halpern-Felsher, B. L. (2002). Perceptions of risk and vulnerability. *Journal of Adolescent Health, 31S*, 10-27.
- Miranda, J.A. (2001). O que esperam os nossos clientes? *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 17*, 11-12.
- Monteiro-Grilo, A. (2012). Ensino de competências comunicacionais em estudantes e profissionais de saúde: situação atual e perspectivas. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES), 7(III)*, 93-112. Disponível em <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/101>
- Montgomery, K. S. (2002). Health promotion with adolescents: examining theoretical perspectives to guide research. *Research and Theory for Nursing Practice, 16* (2), 119-34.
- Moreira, J. M. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Morgan, S. & Yoder, L.H. (2012). A concept analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing, 20*(1), 6-15. Doi: 10.1177/0898010111412189. Disponível em <http://jhn.sagepub.com>
- Morgan, D. L. & Krueger, R. A. (1998). *The Focus Group Kit* (6 vols.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998_a). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research, 8* (3), 362-373.
- Morgan, D. L. (1998_b). *The focus group guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998_c). *Planning focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morse JM, Niehaus L. *Mixed method design: Principles and procedures*. California: Left Coast Press, 2009.
- Moules, T. (2009). They wouldn't know how it feels : characteristics of quality care from young people's perspectives: a participatory research project. *Journal of Child Health Care, 13*(4), 322-332.
- Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin C. E. & Brindis, C. D. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health, 45*, 8-24.

- National Children's Bureau Research Centre (NCBRC). (2012). Listening to children's on health provision: a rapid review of the evidence, NCB. Disponível em <http://www.ncb.org.uk>
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Adolescent health services: missing opportunities*. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment, Prevention and Healthy Development, R.S. Lawrence, J.A. Gootman & L.J. Sim (Eds.). Washington, DC: The National Academies Press. Disponível em <http://www.nap.edu/catalog/12063.html>
- Neto, S., Bombas, T., Arriaga, C., Almeida, M.C. & e Moleiro, P. (2014). Contraceção na adolescência: Recomendações para o aconselhamento contraceptivo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 51-63.
- Nordin, J.D., Solberg, L.I., Parker, E.D. (2010). Adolescent primary care visit patterns. *Annals of Family Medicine*, 8(6), 511-16.
- O'Donohue W.T., Benuto, L.T., Tole, L.W., Payne, L. & Davis, R. (2013). Introduction and the wellness imperative with adolescent behavioral health. In W.T. O'Donohue, L.T. Benuto & L.W.,Toll, (eds.). *Handbook of adolescent health psychology* (pp. 3-11). New York: Springer.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: a textbook* (4th ed). Maidenhead: McGraw-Hill - Open University Press. (Obra publicada em 1995).
- Ong, L. M. L., Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40 (7), 903-918.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, 1(3), Cadernos OE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ozer, E. M. (2007). The adolescent primary care visit: time to build on strengths. *Journal of Adolescent Health*, 41, 519-520.
- Ozer, E. M., Adams, S. H.; Gardner, Orrel-Valente, J. K., Wibbelsman, C. J., Lustig, J. L., Millstein, S. G., Garber, A. K. & Irwin, C. E. (2011). Does delivering preventive services in primary care reduce adolescent risky behaviour? *Journal of Adolescent Health*, 49, 476-482.

- Ott, M. A. Rosenberger, J. G., McBride, K. R. & Woodcox, S. G. (2011). How do adolescents view health? Implications for state health policy. *Journal of Adolescent Health, 48*, 398-403.
- Paperny, D.M.N. (2011). *Handbook of adolescent medicine and health promotion*. New Jersey: World Scientific.
- Patton G. C., Coffey, C., Sawyer S. M., Viner, R.M., Haller, D.M., Bose, K., ... Mathers, C.D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet, 374*, 881–892. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60741-8.
- Patton G. C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., ... Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet, 379*(9826), 1665-75. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)60203-7
- Patton, G.C., Ross, D. A., Santelli, J.S., Sawyer, S.M., Viner, R.M. & Kleinert, S. (2014). Next steps for adolescent health: a Lancet Commission. *Lancet, 383*(9915), 385-386. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60039-8
- Patton, G. C., Viner, R. M., Linh, Le C., Ameratunga, S., Fatusi, A. O., Ferguson, B. J. & Patel, V. (2010) Mapping a global agenda for adolescent health. *Journal of Adolescent Health, 47*, 427-432.
- Paulus, D., Pestiaux, D. & Doumenc, M. (2004). Teenagers and their family practitioner: matching between their reasons for encounter. *Family Practice, 21*(2), 143-145.
- Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R. & Aday, L.A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral Model of Utilization. *Health Services Research, 33*(3), 571-596.
- Pinto, K. C. (2004). Intersections of gender and age in health care: adapting autonomy and Confidentiality for the adolescent girl. *Qualitative Health Research, 14*(1), 78-99.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos Adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: DGS.
- Quadrel, M. J., Fischhoff, B. & Davis, W. (1993). Adolescent (In)vulnerability. *American Psychologist, 48*(2), 102-116.

- Ramos, M. M., Vinagre, M. G., Albernaz, I. M., Malheiro, M. I., Sousa, M. C., Raimundo, F. & Monteiro, M. J. (2009). *Girl Child Project – Mobilising nurses for the health of urban girls – final report of the study in Portugal, between 2005 and 2008*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Rand, C. M., Auinger, P., Klein, J. D. & Weitzman, M. (2005). Preventive counselling at adolescent ambulatory visits. *Journal of Adolescent Health*, 37, 87-93.
- Rathert, C., Wyrwich, M. D. & Boren, S. A. (2013). Patient-Centered Care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351-379. Doi: 10.1177/1077558712465774
- Raviv, A., Raviv, A., Vago-Gefen, I. & Fink, A. (2009). The personal service gap: factors affecting adolescents' willingness to seek help. *Journal of Adolescent Health*, 32, 483-499.
- Reis, J.C. (2007). Contribuições da psicologia para os processos preventivos e de promoção da saúde. In J. C. Teixeira (Org.) *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de Intervenção* (pp.101-128). Lisboa: Climepsi.
- Rew, L., Resnick, M. & Beuhring, T. (1999). Usual sources, patterns of utilization, and foregone health care among Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 407-413.
- Ribeiro, C. & Rosendo, I. (2011). Saúde do adolescente em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(2), 184-186.
- Rich, M. & Ginsburg, K. R. (1999). The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 25(6), 371-378.
- Rickwood, D.J., Deane, F.P. & Wilson, C.J. (2007). Review when and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7), S35-S39.
- Rivara, F.P., Park, J., M., & Irwin Jr., C.E. (2009). Trends in adolescent and young adult morbidity and mortality. In R.J., DiClemente, J.S., Santelli, & R.A., Crosby (Ed.), *Adolescent health: understanding and preventing risks behaviors* (pp.7-29). San Francisco: Jossey-Bass.

- Robinson S. (2010). Children and young people's views of health professionals in England. *Journal of Child Health Care*, 14(4), 310-326. Doi: 10.1177/1367493510381772
- Roter D, Larson S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education Counseling*, 46, 243-251.
- Rothì, D. M. & Leavey, G. (2006). Mental health help-seeking and young people: a review. *Pastoral Care in Education*, 24(3), 4-13. Doi: 10.1111/j.1468-0122.2006.00373.x
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2003). *Bridging the gaps: Health care for adolescents*. Council Report CR114, London.
- Rughani, J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2011). Rural adolescents' help-seeking intentions for emotional problems: the influence of perceived benefits and stoicism. *Australian Journal of Rural Health*, 19, 64-69. Doi: 10.1111/j.1440-1584.2011.01185.x
- Sales, J. M. & Irvin C. E. (2013). A biopsychosocial perspective of adolescent health and disease. In W.T. O'Donohue, L.T. Benuto & L.W. Toll (eds.). *Handbook of Adolescent Health Psychology* (pp. 14-29). New York: Springer.
- Sallis, J. F., Owen, N. & Fotheringham, M. J. (2000). Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(4), 294-298. Doi: 10.1007/BF02895665
- Sampaio, D. (1996). *Ninguém more sozinho: O adolescente e o suicídio* (6ª ed.). Lisboa: Caminho
- Sampaio, D. (2006). *Lavrar o mar: um olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Caminho
- Sanci, L. A., Kang, M. S. & Ferguson, B.J. (2005). Improving adolescents' access to primary health care. *The Medical Journal of Australia*, 183 (8), 416-417.
- Sanci, L. (2011). Clinical preventive services for adolescents: facing the challenge of proving "An ounce of prevention is worth a pound of cure". *Journal of Adolescent Health*, 49, 450-452.

- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A.R., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Charondière, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os cuidados de Saúde Primários.
- Saraiva, J. (2015). *Comunicação proferida pelo Presidente da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente*, a 1 de junho. Organizado pela Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa. Centro de Saúde de Sete Rios.
- Sawyer, S.M., Afifi R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S-J, Dick, B. Ezech, A.C. & Patton, G.C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379(9826), 1630-40.
- Sawyer, S.M., Ambresin, A-E., Bennett, K.E. & Patton, G.C. (2014). A Measurement Framework for Quality Health Care for Adolescents in Hospital. *Journal of Adolescent Health*, 55, 484-490.
- Sawyer, S.M. & Patton, G.C. (2015). Platforms for delivery of adolescent-friendly health care. In Z.A. Bhutta, M. Makrides, & A.M. Prentice (Eds). *Health and Nutrition in Adolescents and Young Women: Preparing for the Next Generation. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 80, 71-85. Doi: 10.1159/000366142
- Schaeuble, K., Haglund, K. & Vukovich, M. (2010). Adolescents' preferences for primary care provider interactions. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(3), 202-210.
- Senhorães, S. I. P. J. (2014). *O adolescente em internamento pediátrico: contributos dos enfermeiros na satisfação das necessidades de atendimento*. Manuscrito não publicado, Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Serrão, M. I. P. (2014). *O enfermeiro como promotor da qualidade do atendimento ao adolescente em serviços de saúde*. Manuscrito não publicado, Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Shapiro, J., P., Welker, C. J. & Jacobson, B. J. (1997). The youth client satisfaction questionnaire: development, construct validation, and factor structure. *Journal of Child Clinical Psychology*, 26(1), 87-98.

- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Methodological Issues in Nursing Research*, 28 (2), 345-352.
- Simões, M. C. R. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian – FCT.
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. *Alicerces* (Ed. especial), 223-241. Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (s.d.). *Requisitos para o atendimento ao adolescente*. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Medicina_Adolescente/requisitos_atend_a_adolescente_spa-spp.pdf
- Solorio, M., Milburn, N. G. Andersen, R. M., Trifskin, S., & Rodríguez, M. A. (2006). Emotional distress and mental health service use among urban homeless adolescents. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 381-393.
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V. & Manaseli-Holland, S. (2006). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from evaluation of adolescent friendly health services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 519-526.
- Spear, L.P. (2013). Adolescent neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*, 52, S7-S13.
- Sprinthall & Collins, (1994). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (2.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1988).
- Stattin, H. & Kerr M. (2009). Challenges in intervention research on adolescent development. *Journal of Adolescence*, 32, 1437-1442.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk taking. *Development Review*, 28, 78-106.
- Steinberg, L. e Morris, A. S. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.

- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W & Jordan, J. (2000). The impact of Patient-Centered Care on outcomes. *Journal Family Practice*, 49, 796-804. PMID: 11032203
- Sullivan, K., Marshall, S. K. & Schonert-Reichi, K. A. (2002). Do expectancies influence choice of help-giver? Adolescents' criteria for selecting an informal helper. *Journal of Adolescent Research*, 17(5), 509-531. Doi: 10.1177/0743558402175005
- Taborda Simões, M. C. (2002). Adolescência: Transição, crise ou mudança? *Psychologica*, 30, 407-429.
- Taquette, S. R. (2010). Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência & Saúde*. 7(1), 6-11. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174
- Tatar, M. (2001). Comparing adolescents' considerations for self-referral and counsellors' perceptions of these considerations: an exploratory study. *Journal of Adolescence*, 29(24), 171-181.
- Tatar, M. (2001). Counsellors' perceptions of adolescence. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2), 213-231.
- Tavares, H. B. & Fonseca, H. (2009). Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(4), 154-59. Doi: 0873-9781/09/40-4/154.
- Tivorsak T.L., Britto M.T., Klostermann B.K., Nebrig D.M. & Slap G.B. (2004). Are pediatric practice settings adolescent friendly? An exploration of attitudes and preferences. *Clinical Pediatrics*, 43(1), 55-61.
- Towle, A., Godolphin, W. & Staaldin, V. (2006). Enhancing the relationship and improving communication between adolescents and their health care providers: a school based intervention by medical students. *Patient Education and Counseling*, 62, 189-192.
- Tsai, M-C., Chou, Y-Y., Lin, S-J e Lin, S-H. (2013). Factors associated with adolescents' perspectives on health needs and preference for health information sources in Taiwan. *Archives of Diseases of Children*, 98, 9-15. Doi: 10.1136/archdischild-2012-301629.

- Tsai, M-C, Lin S-H, Chou, Y-Y e Lin, S-J. (2014) Exploration of health status, healthcare utilization and health service expectations among Taiwanese adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 173, 187-196. Doi: 10.1007/s00431-013-2117-1
- Tuffrey-Wijne, I., Bernal, J., Butler, G., Hollins, S. e Curfs, L. (2007). Using Nominal Group Technique to investigate the views of people with intellectual disabilities on end-of-life care provision. *Journal of Advanced Nursing* 58(1), 80-89. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04227.x
- Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T. Churchill, R. & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *Lancet*, 369, 1565-73. Disponível em <http://www.thelancet.com>
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. Madureira Pinto (Eds.). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101-128). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Van de Ven A. H. & Delbecq, A. L. (1972). The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *American Journal of Public Health*, 62(3), 337-342.
- Villaverde Cabral, M. & Silva, P. A. (2009). *O estado da saúde em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Vinagre, M. G. (2007). Consumo de substâncias em adolescentes: imagens, avaliações e experiências. *Pensar Enfermagem*, 11(1), 2-11.
- Vinagre, M. G. & Lima, M. L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 73-81.
- Viner, R. M. (2013). Adolescents' health needs: the same the world over. *Archives of Diseases Child*, 98(1), 2. Doi: 10.1136/archdischild-2012-302523
- Viner, R. M., Hargreaves, D.S., Coffey, C., Patton, G.C. & Wolfe, I. (2014). Deaths in young people aged 0–24 years in the UK compared with the EU15+ countries, 1970–2008: analysis of the WHO Mortality Database. *Lancet*, 384(9946), 880-892. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60485-2.

- Vingilis, E., Wade, T. & Seeley, J. (2007). Predictors of adolescent health care utilization. *Journal of Adolescence*, 30, 773-800. Doi:10.1016/j.adolescence.2006.10.001
- Vo, D. X., Pate, O. L., Zhao; H., Siu, P. & Ginsburg, K. R. (2007). Voices of Asian American Youth: Important characteristic of clinicians and clinical sites. *Pediatrics*, 120(6): e1481-e1403. Doi:10.1542/peds.2007-0351
- Walker, Z.A.K. & Townsend, J. (1999). The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. *Family Practice*, 16 (2), 164-172.
- Weil, L. W., Lemer, C., Webb, E. & Hargreaves (2015). The voices of children and young people in health: where are we now? *Archives of Diseases Children*, 100(10), 915-917. Doi: 10.1136/archdischild-2014-307492
- Weinstein, N. D. (1981). Unrealistic optimism about future live events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Weiss, A.L., D'Angelo, L.J., Rucker, A.C., (2014). Adolescent use of the emergency department instead of the primary care provider: who, why, and how urgent? *Journal of Adolescent Health*, 54, 416-20. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.09.009
- Wilson, C.J. & Deane, F.P. (2001). Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *Journal of Education and Psychological Consultation*, 12(4), 345-364.
- Wilson, C.J. & Deane, F.P. (2012). Brief report: need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *Journal of Adolescence*, 35, 233-237.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: properties of the general help-seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling/Revue Canadienne de Counseling*, 39(1), 15-28.
- Wilson, C.J., Deane, FP., Marshall, K.L. & Dalley, A. (2008). Reducing adolescents' perceived barriers to treatment and increasing help-seeking intentions: effects of classroom presentations by general practitioners. *Journal of Youth Adolescence*, 37, 1257-1269.

- Wolfe, I., Thompson, M., Gill, P., Tamburlini, G., Blair, M., Bruel, A., ... McKee, M. (2013). Health services for children in Western Europe. *Lancet*, 381(9873), 1224-34. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)62085-6.
- World Health Organization. (2002). *Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change*. Geneva: WHO. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_14/en/index.html
- World Health Organization (2009). *Quality Assessment Guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients*. Geneva: WHO. ISBN 978 92 4 159885 9
- World Health Organization (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. Geneva: WHO (Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health). Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/index.html
- World Health Organization. (2014_a). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/adolescent/second-decade>
- World Health Organization. Regional Committee for Europe (2014_b). *Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020*. Copenhagen: WHO. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>
- World Health Organization (2015). *Core competencies in adolescent health and development for primary care providers: including a tool to assess the adolescent health and development component in pre-service education of health-care providers*. Geneva: WHO. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/148354>
- World Health Organization. Regional Office for Europe (2016). *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: WHO. Disponível em <http://portal.euro.who.int/en/>
- Yu, J. W., Adams, S. H., Burns, J., Brindis, C. D., & Irwin, C. E. (2008). Use of mental health counselling as adolescents become young adults. *Journal of Adolescent Health*, 43, 268-276.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Alexander, T. & Nystrom, R. J. (1997). Adolescents report their need for and use of health care services. *Journal of Adolescent Health*, 21, 388-399.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário de caracterização sociodemográfica e situação de saúde do adolescente

Muito Obrigada por teres aceitado participar connosco neste estudo.

Antes de conversarmos todos em conjunto, gostaríamos de te conhecer um pouco melhor, por isso pedimos-te alguns dados sobre ti e sobre a tua família.

Sobre ti

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Local de Residência (Conselho/Freguesia onde vives): _____

Naturalidade (País onde nasceste): _____

A tua Nacionalidade: _____

Se não és português(a) há quanto tempo estás em Portugal? _____

Ano de escolaridade que estás a frequentar: _____

Qual a tua Área/Agrupamento de Estudos: _____

Já alguma vez tiveste de repetir algum ano lectivo: SIM ☐ NÃO ☐

Se Sim, quantas vezes? _____

Família

Profissão do teu Pai _____ Idade do Pai _____

Profissão da tua Mãe _____ Idade da Mãe _____

Grau de escolaridade do teu Pai _____

Grau de escolaridade da tua Mãe _____

Estado civil dos teus pais _____

Nº de Irmãos que tens: _____

Composição do teu agregado familiar (Com quem vives) _____

Sobre a tua Saúde

Sofres de alguma doença? SIM ☐ NÃO ☐

Se Sim, qual?

Já alguma vez estiveste internado num hospital? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, Porquê? _____

Quando tens dúvidas ou problemas com questões relacionadas com a tua saúde, com quem gostas mais de falar?

Na tua escola existe algum gabinete de apoio, onde possas falar dos teus problemas e preocupações:· SIM ☐ NÃO ☐

Se existe, já lá foste SIM ☐ NÃO ☐

Se já foste, habitualmente com quem falas? _____

Durante este ano utilizaste os serviços de saúde? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, onde foste? _____

E porquê? _____

Gostaríamos de saber como é que te sentes neste momento, em relação à tua saúde:
(Assinala, com um circulo, o nº da escala que estiver mais de acordo com a tua opinião)

1_____	2_____	3_____	4_____	5_____
Nada				Muitíssimo
saudável				saudável

(Não escrevas o teu nome, este documento é anónimo)

A TUA COLABORAÇÃO é muito importante para nós

Muito Obrigada por teres vindo

Maria da Graça Vinagre

gvinagre@esel.pt (Telefone: 217913400 / TM xxxxxxxxx)

Apêndice B - Guião das Entrevistas *focus group* a adolescentes

Introdução

- Dar as boas-vindas a todos os participantes, agradecendo o facto de terem aceite colaborar no estudo.
- Apresentação da moderadora e da assistente de moderadora. Manifestar o interesse no estudo na área da saúde dos adolescentes.
- Descrever os objectivos do projecto, de forma breve.

Hoje estamos aqui para conversar convosco e ouvir as vossas ideias e opiniões em relação à saúde, aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde, sobretudo o que é que vocês precisam, quais as são vossas preferências e falar sobre as vossas experiências, assim como darem sugestões de forma a ajudarem os técnicos a responder melhor aquilo que Vocês, os adolescentes de hoje, precisam ao nível dos cuidados de saúde, para se sentirem bem e com saúde. Vocês hoje aqui são os nossos conselheiros, os **nossos consultores**.

- Destacar a **confidencialidade e o anonimato**. As nossas conversas serão gravadas mas só serão utilizadas para este estudo, e vocês não são identificados.

A gravação será apagada depois de ser ouvida, os dados são confidenciais.

PEDIDO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO de caracterização

Antes de iniciar, explicar o funcionamento da entrevista:

- Vamos tentar falar um de cada vez ...
- Não há respostas certas ou erradas, todas as opiniões são importantes e válidas...
- O nosso papel aqui é de Ouvir e fazer as perguntas para Aprender ... é importante que todos sejam ouvidos ...
- Temos no máximo 90 minutos para esta nossa reunião...

Explicar aos participantes que **ninguém é obrigado a falar**, e aqueles que não se sentirem bem a falar podem escrever nas folhas que lhes vão ser distribuídas.

- Atividade de abertura “**Quebra-gelo**”

- Distribuir aos participantes os cartões de confiança (trusting cards) e dar um identificador em branco a cada um deles. Propor aos participantes que se entrevistem dois a dois com a/o colega do lado para que se possam apresentar mutuamente ao grupo,

fazendo as perguntas que quiserem (ex. como gosta de ser chamado? Qual o seu prato preferido? Atividade preferida nos tempos livres?..etc...)

- Pedir-lhes que preencham os identificadores com os nomes que as/os respetivas/os colegas gostariam de ser chamadas/os (explicar que pode ser o nome, apelido, alcunha, nickname ou nome a fingir).
- Informar que têm cerca de 3 minutos para apresentarem a/o colega do lado.

Durante a entrevista *focus group* se necessário a assistente do moderador pode clarificar um ou outro ponto que suscite dúvidas, pedindo que clarifiquem (pontualmente e diretamente ao participante em questão)

(O moderador pode ter de recorrer-se a: Exemplos: “Lembrem-se que nós queremos ouvir as opiniões de todos, quem quer dizer mais alguma coisa”)

Agora, **podemos então começar a falar de saúde e das vossas opiniões e experiências com os cuidados de saúde – os serviços e os profissionais de saúde.**

Todos vocês têm algumas preocupações com a saúde e conhecem ou já ouviram falar em serviços de saúde... e conhecem vários profissionais de saúde...

- Podemos começar por pensar O que significa ter saúde?
- Neste momento, quais são as vossas principais preocupações e necessidades ao nível da saúde?
- Onde é que procuram ajuda para resolver as vossas dificuldades e problemas de saúde? Quais os serviços de saúde que conhecem e que mais utilizam?
- Quais os profissionais que mais procuram? Quais são aqueles com quem têm mais contacto? Os que procuram mais? O que acham deles?
- Falem um pouco das facilidades ou dificuldades que encontraram na procura de ajuda para os vossos problemas e preocupações...
- Quais os profissionais que preferem? e para que tipo de ajuda?

Lembrem-se de **experiências concretas**, relacionadas com a saúde, que se tenham passado convosco Como foram?

- **Que experiências tiveram com os profissionais de saúde no atendimento?**
O que acharam bem (Aspectos positivos)
O que acharam mal? (Aspectos negativos)
 Ficaram satisfeitos com a ajuda?
 O que é que eles fizeram que mais vos ajudou? O que foi mais importante?
 Lembram-se de qual foi a última vez que procuraram ajuda de um profissional de saúde?
- **Como gostariam de ser atendidos pelos profissionais?**
Quais as características dos profissionais que vocês acham mais importantes?
- **OU SEJA, para vós o que é um bom profissional de saúde?**
 Como seria para vocês o **profissional de saúde ideal**? Podem descrevê-lo...
- E no que diz respeito aos **locais/serviços onde são atendidos**,
- **Quais os locais que vocês preferem e porquê?**
Quais as Condições que consideram mais importantes ao nível do atendimento?
- **Gostaríamos agora que imaginassem um local/um serviço ideal?**
Como gostariam que fosse?

Por fim

- Gostaríamos que nos deixassem **sugestões para melhorar** os aspetos que vocês acham menos bons ao **nível dos serviços e dos profissionais de saúde**.
 Que **mudanças propõem**, de forma a obterem uma **maior satisfação** para as **vossas necessidades**?
 (Locais de atendimento, condições, funcionamento, profissionais....)
Barreiras ou Fatores facilitadores do acesso/procura dos cuidados de saúde pelos jovens...

Para terminar,

Acham que nos esquecemos de alguma coisa importante e que vocês gostassem de falar?

O que acharam do que fizemos hoje?

De tudo o que falámos hoje, **o que é que acharam mais importante?**

Gostaríamos de saber o que é que vocês acham melhor para discutirmos estes assuntos, continuarmos a conversar em **grupos com rapazes e raparigas em conjunto, ou em grupos separados** (só rapazes e só raparigas). Como se sentiriam mais à vontade para falarem destas questões?

Muito obrigada pela Vossa colaboração...

Este encontro foi muito importante para nós e para o trabalho que estamos a fazer...

Se for necessário voltarmos a conversar, podemos contar convosco

OFERTA DO PEQUENO BRINDE (bilhete de cinema, ou *pen* e outros materiais escolares)

Apêndice C – Carta dirigida ao Diretor(a) de turma

Dirigido à Dr.^a _____

Orientações para a constituição dos grupos de alunos para as entrevistas de grupo:

Nesta fase são necessários constituir 4 grupos com cerca de 8 alunos por grupo

Grupo I A realizar no dia _____ Início às _____h _____m Duração máxima: _____ Anos/Turmas: _____	8 Adolescentes entre 13 e 15 anos (4 rapazes+4 raparigas) Nota: o grupo deve ter alunos de duas a três turmas diferentes
Grupo II A realizar no dia _____ Início às _____h _____m Duração máxima: _____ Anos/Turmas: _____	8 Adolescentes entre 13 e 15 anos (4 rapazes+4 raparigas) Nota: o grupo deve ter alunos de duas a três turmas diferentes
Grupo III A realizar no dia _____ Início às _____h _____m Duração máxima: _____ Anos/Turmas: _____	8 Adolescentes entre 16 e 17 anos (4 rapazes+4 raparigas) Nota: o grupo deve ter alunos de duas a três turmas diferentes
Grupo IV A realizar no dia _____ Início às _____h _____m Duração máxima: _____ Anos/Turmas: _____	8 Adolescentes com 16 e 17 anos (4 rapazes+4 raparigas) Nota: o grupo deve ter alunos de duas a três turmas diferentes

Notas:

- Se for possível, **devemos convocar 10 alunos para cada grupo**, porque alguns pais podem não autorizar e também porque, por vezes, faltam no dia da entrevista.
- A **duração prevista para a entrevista é de 90 minutos** mas, sempre que fosse possível, seria melhor marcar num horário em que não houvesse aulas no tempo seguinte.

Condições para poder participar no grupo:

- ♦ Preencher os critérios das idades definidas para cada grupo (entre **13 e 15 anos** para os grupos dos mais novos; entre **16 e 17/18 anos** para os grupos dos mais velhos)
- ♦ O(A) **adolescente deve concordar em participar** assinando o destacável da carta que lhe é destinada, que deve entregar à professora.
- ♦ **O Encarregado de Educação tem de autorizar a participação do(a) filho(a)** no estudo, pelo que deve enviar à professora o destacável da carta que lhe é destinada, onde autoriza por escrito essa participação.
- ♦ O adolescente **não ter doença crónica que exija internamentos frequentes e tratamentos continuados** em unidades de saúde, nomeadamente em hospitais.
- ♦ Os adolescentes **serem de nacionalidade portuguesa, e no caso de nacionalidade estrangeira** podem integrar o grupo desde que dominem bem a língua portuguesa, e vivam em Portugal há mais de três anos (no sentido de estarem relativamente integrados no país).

Nota:

Após a receção das respostas do adolescente e dos pais, entrarei em contacto com cada um deles, para que possam esclarecer dúvidas e confirmar a presença.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada e disponibilidade para a colaboração

Atenciosamente

Maria da Graça Vinagre

Contactos: gvinagre@esel.pt (TM: xxxxxxxxx)

Apêndice D - Guião das Entrevistas *Nominal Group Technique* a adolescentes

Orientações a Cumprir:

- **Introdução** (Dar as boas vindas, apresentação da moderadora, objetivos do trabalho e do encontro e explicação de como se vai processar o nosso encontro...Gravação que depois será apagada. Não há respostas certas ou erradas, o que importa é a vossa opinião... A participação é anónima e confidencial).
- **Apresentação dos participantes** (quebra gelo)

Pedido de Preenchimento do pequeno questionário de caracterização

- **Explicar TNG**: Técnica focada nos dados do grupo e não nos dados individuais.

Todos Vós conhecem vários serviços de saúde e alguns profissionais de saúde...

Já foram com certeza atendidos por vários profissionais de saúde em vários locais...

Estão lembrados...?

Têm ido a alguns? ... Onde têm ido...?

Quando vão... porque razões vão/têm ido...?

Neste estudo que estou a fazer já falei com alguns jovens da vossa idade sobre estes assuntos, nomeadamente sobre as suas experiências com os serviços de saúde e com os profissionais de saúde.

E agora gostava de saber também a Vossa opinião, sobretudo em relação às características que vocês gostam mais nos profissionais de saúde (preferências em relação aos profissionais).

Grande Questão:

Quais as características e atitudes que vocês acham importantes num profissional de saúde?

Para vós o que é um bom profissional de saúde?

Explorar os motivos e a justificação das suas respostas

Etapas a seguir no percurso da entrevista:

→ Produzir ideias/respostas à questão específica.

Cada um, escreve as suas respostas, individualmente e em silêncio numa folha própria.

→ Apresentação ao grupo das ideias individuais (cada um apresenta o que pensou e escreveu, percorrendo todos os elementos. Um aspeto a cada um dos jovens percorrendo todos os jovens e depois volta novamente ao 1º, (tipo círculo) até termos todos os aspetos listados.

Registando-se todas as ideias referidas (pelo conjunto dos jovens) em suporte papel ou quadro.

→ Discussão em grupo para clarificação das ideias obtidas. Todos devem participar.

Podem acrescentar-se alguns aspetos à lista

Perceber/descobrir porquê que os jovens escolhem estas características/ atitudes dos profissionais (estas e não outras) e o que significam.

→ Selecionar e ordenar, individualmente, as cinco principais ideias entre todos os indicadores da lista. Cotar cada uma das respostas selecionadas, pelo grau de importância, entre 1 a 5 (desde menos a muitíssimo importante). Ou seja, ordenar os cinco indicadores pelo grau de importância que lhes atribui. (hierarquizar/definir prioridades)

→ Partilha dos resultados em grupo. Os participantes assistem à contagem e ao resultado final

MUITO OBRIGADA PELA VOSSA COLABORAÇÃO QUE FOI PRECIOSA

OFERTA DO PEQUENO BRINDE (bilhete de cinema, ou *pen* e outros objetos escolares)

Apêndice E - Questionário

QUESTIONÁRIO

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AOS JOVENS

Caro(a) estudante

Venho solicitar a tua colaboração num estudo que estou a desenvolver na área da saúde dos jovens.

Pretende-se com este inquérito, lançado em várias Escolas de Lisboa, conhecer o que os jovens pensam e esperam dos serviços e dos profissionais de saúde.

Quaisquer que sejam as tuas ideias e experiências, as tuas respostas são muito importantes para podermos perceber melhor o que precisam e desejam os jovens dos recursos de saúde e podermos ajudá-los na sua saúde e bem-estar.

Para responder lê com atenção cada pergunta e responde de acordo com o que pensas e o que se passa contigo neste momento.

Isto não é um teste, não há respostas certas ou erradas. O mais importante para nós é a tua opinião sincera. Este questionário é **confidencial e anónimo**, por isso não precisas de escrever o teu nome e as tuas respostas são apenas para os investigadores. Por favor, tenta responder a todas as perguntas.

ATENÇÃO: Responde na frente e no verso de cada folha

Muito Obrigada pela tua colaboração

(Maria da Graça Vinagre)

(gvinagre@esel.pt)

PARTE I

Todos os jovens têm algumas ideias sobre os nossos serviços de saúde e sobre os profissionais de saúde. Quase todos já tiveram experiências em alguns serviços de saúde (por exemplo em Urgências, Centros de Saúde, serviços de internamento em Hospitais, Clínicas, etc. ...) onde foram atendidos por um ou vários profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, dietistas, etc...) e por isso vamos pedir-te que penses sobre isso. Por favor, responde com sinceridade e sem gastares muito tempo a pensar nas tuas respostas.

Estamos interessados em conhecer as tuas experiências e o que é que tu pensas sobre os serviços de saúde e sobre os profissionais de saúde.

Por favor responde às perguntas colocando um X no quadrado que corresponde à tua situação

1. Na tua opinião, os serviços de saúde são úteis para os jovens da tua idade?

☐ ₁

Nada úteis

☐ ₂

Pouco úteis

☐ ₃

Úteis

☐ ₄

Muito úteis

☐ ₅

Não Sei

2. Costumas ir aos serviços de saúde?

☐ ₁

Nunca

☐ ₂

Raramente

☐ ₃

Às vezes

☐ ₄

Frequentemente

3. Habitualmente vais aos serviços de saúde:

a) Sozinho ☐ ₁

b) Acompanhado ☐ ₂ Por quem? _____

4. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foste aos serviços de urgência?

☐ ₁

0 vezes

☐ ₂

1 vez

☐ ₃

2-3vezes

☐ ₄

4ou (+) vezes

5. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foste ao Centro de Saúde (consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação, etc...)?

☐ ₁

0 vezes

☐ ₂

1 vez

☐ ₃

2-3vezes

☐ ₄

4 ou (+) vezes

6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes estiveste no hospital para uma consulta de especialistas?

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄
0 vezes 1 vez 2-3vezes 4 ou (+) vezes

7. Nos últimos 12 meses, quantas vezes foste ao médico privado (consultório, clínica particular...)?

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄
0 vezes 1 vez 2-3vezes 4 ou (+) vezes

8. Se durante os últimos 12 meses utilizaste os serviços de saúde, porque procuraste ajuda? (Podes assinalar mais do que um)

- a) Estive doente ☐₁
b) Tive um acidente ☐₂
c) Fui fazer um tratamento ☐₃
d) Fui fazer vacinas ☐₄
e) Fui a uma consulta de rotina/vigilância de saúde ☐₅
f) Queria falar sobre alguns problemas ☐₆
g) Tinha necessidade de informação e conselhos ☐₇
h) Outro motivo ☐₈ Qual? _____

9. Qual/ quais dos profissionais de saúde te atenderam? (Podes assinalar mais do que um)

- a) Médico de família ☐₁ e) Médico especialista (dermatologista, etc..) ☐₅
b) Enfermeiro ☐₂ f) Psicólogo ☐₆
c) Médico Pediatra ☐₃ g) Dentista ☐₇
d) Fisioterapeuta ☐₄ h) Outro ☐₈ Qual? _____

10. Tens médico de família? SIM ☐₁ NÃO ☐₂ Não Sei ☐₃

11. Tens um médico pediatra? SIM ☐₁ NÃO ☐₂ Não Sei ☐₃

PARTE II_A)

Agora, gostaríamos que pensasses naquilo que é importante para ti nos profissionais de saúde.

Quando falamos em Profissional de Saúde podem ser médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, etc. ...).

Por favor, **lê cada uma das afirmações e assinala o grau de importância que cada uma delas tem para ti**, colocando um X no número que melhor corresponde à tua opinião, tendo em conta as seguintes opções de resposta:

1=Nada Importante

2=Pouco Importante

3= Importante

4=Muito Importante

5=Muitíssimo Importante

Pensa nas diferentes características e atitudes dos profissionais de saúde e na importância que têm para ti

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Muitíssimo Importante
	1	2	3	4	5
1. Ter conhecimentos actualizados	1	2	3	4	5
2. Mostrar-se disponível para ajudar	1	2	3	4	5
3. Ter experiência profissional	1	2	3	4	5
4. Dar informação/Explicar	1	2	3	4	5
5. Ser claro e usar linguagem acessível	1	2	3	4	5
6. Esclarecer as dúvidas e responder às nossas questões	1	2	3	4	5
7. Gostar do trabalho que faz	1	2	3	4	5
8. Transmitir confiança	1	2	3	4	5
9. Saber comunicar com os pais/família dos jovens	1	2	3	4	5
10. Fazer o seu trabalho sem errar	1	2	3	4	5
11. Mostrar que não tem dúvidas	1	2	3	4	5
12. Ser simpático e atencioso	1	2	3	4	5
13. Ter formação adequada para as suas funções	1	2	3	4	5
14. Ter paciência para estar com as pessoas	1	2	3	4	5
15. Ser divertido e bem-disposto	1	2	3	4	5

	Nada Importante 1	Pouco Importante 2	Importante 3	Muito Importante 4	Muitíssimo Importante 5
16. Respeitar a privacidade durante a observação e o tratamento	1	2	3	4	5
17. Ser compreensivo	1	2	3	4	5
18. Ter cuidados com a higiene e desinfecção	1	2	3	4	5
19. Saber relacionar-se bem com os jovens	1	2	3	4	5
20. Ouvir atentamente as pessoas	1	2	3	4	5
21. Ser capaz de pôr as pessoas à vontade para falarem sobre os seus problemas	1	2	3	4	5
22. Ter uma boa aparência	1	2	3	4	5
23. Ter o tempo suficiente para estar com as pessoas	1	2	3	4	5
24. Ser amigo, para além de profissional	1	2	3	4	5
25. Explicar a doença, os tratamentos, ou outras situações	1	2	3	4	5
26. Tratar as pessoas com respeito	1	2	3	4	5
27. Ser acessível e fácil de contactar	1	2	3	4	5
28. Gostar de trabalhar com jovens	1	2	3	4	5
29. Ouvir o que dizemos e fazemos sem criticar e julgar	1	2	3	4	5
30. Preocupar-se com o seu cliente ou doente e não só com a sua doença	1	2	3	4	5
31. Ser uma pessoa jovem	1	2	3	4	5
32. Ser capaz de compreender o que os jovens pensam e sentem.	1	2	3	4	5
33. Ser honesto/Dizer a verdade	1	2	3	4	5
34. Tratar os jovens como jovens e não como crianças	1	2	3	4	5
35. Ser pontual	1	2	3	4	5
36. Ser uma pessoa mais velha (com mais idade e experiência de vida)	1	2	3	4	5
37. Saber dar conselhos	1	2	3	4	5
38. Mostrar segurança no que diz e faz	1	2	3	4	5
39. Ser do sexo feminino	1	2	3	4	5
40. Ser do sexo masculino	1	2	3	4	5
41. Saber guardar confidencialidade (segredo) sobre as informações que lhe transmits	1	2	3	4	5

	Nada Importante 1	Pouco Importante 2	Importante 3	Muito Importante 4	Muitíssimo Importante 5
42. Ouvir as opiniões e sugestões dos jovens	1	2	3	4	5
43. Dar oportunidade de colocar questões durante a consulta	1	2	3	4	5
44. Usar bata na consulta com os jovens	1	2	3	4	5

PARTE II_B)

Pensa agora nos locais que conheces onde funcionam os serviços de saúde e nos aspetos que são importantes para ti.

Quando falamos em Serviços de Saúde podem ser vários.... por exemplo Centros de Saúde, Urgências, outros serviços em Hospitais, Clínicas, Consultórios, etc...

Por favor, **assinala o grau de importância que cada afirmação tem para ti**, colocando um X no número que melhor corresponde à tua opinião, tendo em conta as seguintes opções de resposta:

1=Nada Importante
2=Pouco Importante
3= Importante
4=Muito Importante
5=Muitíssimo Importante

Pensa nos diferentes aspetos dos serviços de saúde e na importância que têm para ti.

	Nada Importante 1	Pouco Importante 2	Importante 3	Muito Importante 4	Muitíssimo Importante 5
1. Os locais serem limpos/higiénicos	1	2	3	4	5
2. Terem uma sala de espera agradável e confortável	1	2	3	4	5
3. Haver pouco tempo de espera para ser atendido (consultas, urgências...)	1	2	3	4	5
4. Os jovens poderem ir por si próprios, sem precisar do conhecimento dos pais	1	2	3	4	5
5. Haver psicólogos nos serviços de saúde	1	2	3	4	5
6. Haver consultas específicas para adolescentes nos centros de saúde	1	2	3	4	5

	Nada Importante 1	Pouco Importante 2	Importante 3	Muito Importante 4	Muitíssimo Importante 5
7. Haver serviços só para adolescentes, fora dos centros de saúde	1	2	3	4	5
8. Utilizarem material limpo e desinfetado	1	2	3	4	5
9. Disponibilizar atendimento rápido (no próprio dia ou pouco tempo depois)	1	2	3	4	5
10. Haver possibilidade de marcar consulta pelo telefone ou Internet	1	2	3	4	5
11. Horário de atendimento alargado (períodos da manhã e da tarde)	1	2	3	4	5
12. O atendimento dos recepcionistas ser atencioso e prestável	1	2	3	4	5
13. Poder esclarecer dúvidas com um profissional de saúde pela Internet	1	2	3	4	5
14. Haver uma linha de atendimento telefónico disponível	1	2	3	4	5
15. Os cuidados de saúde serem gratuitos para os jovens	1	2	3	4	5
16. Haver condições de privacidade nas consultas	1	2	3	4	5
17. Ter possibilidade de ser atendido por um profissional que já se conhece	1	2	3	4	5
18. Haver informação sobre os serviços que são prestados e quem os presta	1	2	3	4	5
19. Os locais serem de fácil acesso (haver bons transportes)	1	2	3	4	5
20. As consultas e exames poderem ser confidenciais a pedido do jovem	1	2	3	4	5
21. Os locais serem pouco barulhentos	1	2	3	4	5
22. Haver pelo menos uma parte da consulta só com o profissional e o jovem (sem a presença dos pais)	1	2	3	4	5

PARTE III

De uma forma geral, **como te sentes em relação às experiências** que tens tido **com alguns profissionais de saúde** em particular?

Assinala com um X o número que melhor corresponde à tua opinião.

1. Com o médico/a:

0	1	2	3	4	5
Nunca estive Não me lembro	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Nem Satisfeito/a Nem Insatisfeito/a	Muito Satisfeito/a	Totalmente Satisfeito/a

Refere um ou dois aspetos que justificam a tua escolha:

a) _____

2. Com o enfermeiro/a:

0	1	2	3	4	5
Nunca estive Não me lembro	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Nem Satisfeito/a Nem Insatisfeito/a	Muito Satisfeito/a	Totalmente Satisfeito/a

Refere um ou dois aspetos que justificam a tua escolha:

a) _____

3. Com o psicólogo/a:

0	1	2	3	4	5
Nunca estive Não me lembro	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Nem Satisfeito/a Nem Insatisfeito/a	Muito Satisfeito/a	Totalmente Satisfeito/a

Refere um ou dois aspetos que justificam a tua escolha:

a) _____

4. Agora pensa nos locais onde funcionam os serviços de saúde e onde tu já estiveste.
De uma forma geral, **como te tens sentido nesses locais?**

0	1	2	3	4	5
Nunca estive Não me lembro	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Nem Satisfeito/a Nem Insatisfeito/a	Muito Satisfeito/a	Totalmente Satisfeito/a

Refere um ou dois aspetos que justificam a tua escolha:

a) _____

PARTE IV

Gostaríamos de pensar contigo sobre a procura dos serviços de saúde pelos jovens

Pensa-se que há muitos jovens que não procuram os serviços e os profissionais de saúde, ou procuram menos do que aquilo que na realidade precisam.

a) **Qual a tua opinião sobre esta afirmação?**

Assinala com um X o número que melhor corresponda à tua opinião

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

Pensa agora nos diferentes motivos que podem levar os jovens a não procurar os serviços de saúde (a não ir, ou a ir pouco) e assinala com um X o número que melhor corresponde à tua opinião, tendo em conta as seguintes opções de resposta:

1= Discordo Totalmente
2=Discordo
3= Não Concordo nem Discordo
4=Concordo
5=Concordo Totalmente

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5
1. Pensar que os profissionais de saúde não o podem ajudar	1	2	3	4	5
2. Desconhecer onde são os serviços	1	2	3	4	5
3. Ter medo do que os profissionais possam pensar e dizer sobre eles	1	2	3	4	5
4. Não querer que os pais saibam	1	2	3	4	5
5. Não saber quem os vai atender	1	2	3	4	5
6. Ter dificuldades no transporte para os locais	1	2	3	4	5
7. Pensar que o problema é pouco importante (vai desaparecer por si)	1	2	3	4	5
8. Não poder pagar (é caro)	1	2	3	4	5
9. Não poder escolher quem os vai atender	1	2	3	4	5
10. Ter dificuldade em marcar/ ou não saber como marcar uma consulta	1	2	3	4	5
11. Ter vergonha	1	2	3	4	5
12. O horário de atendimento não ser adequado	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Não Concordo Nem Discordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
13. Os jovens darem pouco valor à saúde	1	2	3	4	5
14. Pensar que alguns profissionais são antipáticos e arrogantes	1	2	3	4	5
15. Não conseguir que os pais os levem	1	2	3	4	5
16. Sentir que os profissionais estão pouco disponíveis para o ouvir e compreender	1	2	3	4	5
17. Pensar que muitos profissionais não sabem lidar com os jovens	1	2	3	4	5
18. Haver longos tempos de espera	1	2	3	4	5
19. Pensar que nos serviços não respeitam a confidencialidade (não mantêm segredo)	1	2	3	4	5
20. Não haver consultas só para adolescentes	1	2	3	4	5
21. Pensar que os recepcionistas são antipáticos	1	2	3	4	5
22. Pensar que os profissionais podem não valorizar as suas queixas ou preocupações	1	2	3	4	5
23. Pensar que os profissionais usam uma linguagem difícil de compreender	1	2	3	4	5
24. Pensar que os profissionais só se preocupam com as doenças	1	2	3	4	5
25. Pensar que os profissionais não sabem compreender os jovens	1	2	3	4	5
26. Ter medo de encontrar pessoas conhecidas	1	2	3	4	5

PARTE V

Por último, gostaríamos de conhecer algumas coisas Sobre Ti

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino ☐ ₁

Feminino ☐ ₂

3. Qual é a tua Nacionalidade?

a) Portuguesa

☐ ₁

b) Angolana/Cabo-Verdiana/Guineense/Moçambicana/São-tomense

☐ ₂

c) Brasileira

☐ ₃

d) Ucraniana/ Romena/ Moldava/ Russa

☐ ₄

e) Outra ☐ ₅ Qual? _____

4. **Qual a tua Naturalidade?** (Onde nasceste) _____
5. **Residência** (Concelho/Freguesia onde vives) _____
6. **Ano de escolaridade** que estás a frequentar: _____º ano

7. **Já alguma vez repetiste um ano lectivo?** SIM ☐₁ NÃO ☐₂

7.1. Se estás no ensino secundário, qual é o teu Agrupamento de Estudos:

- a) Ciências e Tecnologias ☐₁ b) Artes Visuais ☐₂
- c) Ciências Socioeconómicas ☐₃ d) Línguas e Humanidades ☐₄
- e) Outro ☐₅ Qual? _____

Sobre a Tua Família

Responde, com um X, em relação ao teu PAI na coluna da esquerda, e em relação à tua MÃE na da direita.

Grau de escolaridade dos teus Pais	PAI	MÃE
Nunca estudou		
1º Ciclo (até ao 4º ano de escolaridade)		
2º/3º Ciclo (até ao 9º ano de escolaridade)		
Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)		
Ensino médio (curso técnico-profissional)		
Ensino superior (Licenciatura/ Mestrado / Doutoramento)		

1. **Profissão do teu pai:** _____

1.1. Atualmente está desempregado? SIM ☐₁ NÃO ☐₂

2. **Profissão da tua mãe:** _____

2.1. Atualmente está desempregada? SIM ☐₁ NÃO ☐₂

3. **Estado Civil dos teus pais:**

ah) Casados ☐₁ b) Divorciados/Separados ☐₂ c) União de facto/Vivem juntos ☐₃

hd) Viúvo ☐₄ e) Outro ☐₅ Qual? _____

4. Atualmente **com quem vives?** (as pessoas que moram contigo)

- a) Mãe ☐₁ b) Pai ☐₂ c) Madrasta/companheira do pai ☐₃
- d) Irmãos ☐₄ e) Avô/Avó ☐₅ f) Padrasto/companheiro da mãe ☐₆
- g) Outras familiares (tios, primos...) ☐₇ h) Outras pessoas ☐₈

Sobre a tua Saúde

1. Tens algum problema de saúde, doença crónica ou alguma deficiência?

SIM ☐₁ NÃO ☐₂

Se sim, assinala as que tiveres:

- a) Asma/doenças respiratórias ☐₁ b) Alergias ☐₂
- c) Diabetes ☐₃ d) Epilepsia ☐₄
- e) Problemas de audição/ou visão ☐₅ f) Problemas psicológicos ☐₆
- g) Outra doença/problema ☐₇ Diz qual? _____

2. Já alguma vez estiveste internado num hospital? SIM ☐₁ NÃO ☐₂

3. Se Sim, quantas vezes? _____ e Porquê? _____

4. Quando tens dúvidas ou problemas relacionados com a tua saúde, **com quem gostas mais de falar?**

Para terminar, pedimos-te agora que penses como estás e como te sentes. Escolhe e assinala com um X o número que corresponde à resposta mais adequada ao teu caso.

Em geral, como descreves a tua saúde?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Muito Má Má Boa Muito Boa Excelente

Chegámos ao FIM!

Muito OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO. SE QUISERES CONTACTA-NOS...
gvinagre@esel.pt

Apêndice F - “Orientações aos Professores para aplicação do questionário”

Exmo. Sr.(a) Professor(a)

Maria da Graça Vinagre da Graça atualmente a frequentar o Doutoramento em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, vem solicitar a Vossa colaboração no âmbito da sua tese de doutoramento, através da aplicação de um questionário a alunos que frequentem o 3º ciclo de ensino básico e o ensino secundário nessa escola, para o qual foi dada autorização pela Direção da Escola.

O estudo desenvolve-se na área da saúde dos adolescentes, nomeadamente sobre a relação dos adolescentes com os serviços e os profissionais de saúde. Pretende-se fundamentalmente conhecer as perspetivas dos adolescentes sobre os serviços de saúde e os profissionais de saúde, no sentido de contribuir para cuidados de saúde mais ajustados às necessidades e preferências dos adolescentes.

Tenho consciência de que o questionário é um pouco extenso e de que algumas questões possam levantar algumas dúvidas. Uma vez que não irei estar presente no momento da aplicação dos questionários, face à imprevisibilidade de data para benefício das atividades dos alunos, venho solicitar a sua colaboração que é fundamental.

Apresentam-se algumas orientações importantes:

1. O preenchimento do questionário deverá ser efetuado durante o tempo letivo (prevendo-se cerca de 30 a 45 minutos), numa sala de aula, em condições habituais para o aluno;
2. O questionário é anónimo, tal como vem indicado, mas sugerimos que relembre este ponto, assim como o facto de o seu preenchimento ser voluntário.
3. É também importante reforçar que não se trata de um instrumento avaliativo, mas sim de auscultar os jovens sobre assuntos que lhes dizem respeito, não havendo assim respostas certas ou erradas;
4. O preenchimento não deve ser feito a lápis, mas sim a esferográfica. Pode utilizar-se corretor ou rasurar, mas nesse caso, a opção definitiva deve ficar bem clara. Solicitamos que seja lembrado o preenchimento integral do questionário, sobretudo aos alunos que o terminam de forma muito rápida;
5. Durante o processo de aplicação do questionário, **agradecemos ao professor o preenchimento do verso desta folha.**
6. Depois de preenchidos os questionários devem ser colocados dentro de um envelope “envelope-turma”, que no final deverá ser fechado e entregue a quem for indicado pela Direção da Escola.
7. Agradece-se que os questionários não utilizados sejam colocados no mesmo envelope, assim como a folha que pedimos aos professores para preencherem com algumas informações sobre o desenrolar da aplicação.

Para qualquer dúvida estou ao Vosso dispor.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada e a Vossa disponibilidade para a colaboração.

Atenciosamente,

Maria da Graça Vinagre

Contactos: gvinagre@esel.pt (TM: indicado o número)

(VER VERSO POR FAVOR →)

Aplicação do questionário a alunos do 3º Ciclo do E.B. e do E Secundario

Solicitamos o preenchimento deste breve registo, que permite recolher dados importantes para o estudo e poderá contribuir para melhorar este questionário tornando-o mais compreensível para futuras aplicações.

FOLHA DE REGISTO

Ano de escolaridade: _____ **Turma:** _____

Nº de Alunos presentes: _____

Nº Desistências: _____

Motivos da desistência: _____

Tempo médio de preenchimento do questionário: _____

Tempo máximo de preenchimento: _____

Dúvidas e questões apresentadas pelos alunos:

(termos que não perceberam e necessitaram de esclarecimento, principais dúvidas que colocaram..., instruções que não perceberam.... Etc....)

Agradecendo a Vossa compreensão e colaboração,
Maria da Graça Vinagre

Apêndice G - Termo de consentimento livre e esclarecido aos Pais

Carta aos Pais

Maria da Graça Vinagre da Graça, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), atualmente a frequentar o Doutoramento em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, vem solicitar, no âmbito do desenvolvimento da sua tese de doutoramento, autorização para o seu filho/ou a sua filha participar nas entrevistas de grupo que vão realizar-se na escola a alunos que frequentem atualmente o 3º ciclo de ensino básico e o ensino secundário.

Trata-se de um projeto na área da saúde dos adolescentes, onde se pretende sobretudo conhecer as perceções dos adolescentes sobre os serviços e os profissionais de saúde. Conhecer as suas ideias, as suas necessidades e as suas preferências parecem-nos fundamental para se poderem pensar e planear cuidados de saúde que satisfaçam melhor os nossos adolescentes. Serão estes os temas das nossas conversas.

As entrevistas terão lugar na escola, em data e horário a combinar de forma a minimizar interferências nas atividades escolares. Informa-se que a entrevista será gravada, sendo os registos destruídos após a sua análise e as opiniões dos participantes serão tratadas com confidencialidade de forma a garantir o anonimato. A participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer momento se o adolescente assim o desejar.

Aproveitamos, desde já, para agradecer e realçar a importância da presença do seu filho/sua filha na entrevista que será muito útil para a realização deste estudo.

Convictos da importância e interesse deste projeto, solicitamos a sua colaboração, autorizando a participação do seu filho/sua filha, através do preenchimento do destacável que deverá ser entregue (por si ou pelo seu filho) ao Diretor de turma, ou a outro professor indicado.

Atenciosamente

Maria da Graça Vinagre

Desde já manifesto a minha disponibilidade para mais esclarecimentos, podendo contactar-me para o endereço eletrónico: gvinagre@esel.pt ou Telefone: 217913400 /TM xxxxxxxxx



Autorizo o meu filho/a minha filha, (nome) _____
_____ a participar neste estudo realizado na escola.

Data de nascimento: ____/____/____ Ano _____ Turma _____

Contacto (telefone/e-mail): _____

Assinatura: _____

Apêndice H -Termo de consentimento livre e esclarecido ao Adolescente

Carta ao Adolescente

O meu nome é Maria da Graça Vinagre sou Professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e atualmente estou a frequentar o Doutoramento em Psicologia.

A minha tese de doutoramento é na área da saúde dos adolescentes. Este é um assunto muito importante, mas sobre o qual ainda se conhecem pouco as ideias e opiniões dos adolescentes sobretudo em relação aos serviços e aos profissionais de saúde.

Assim, pretendemos que vocês nos ajudem a pensar sobre estas questões, dando a conhecer as vossas ideias, necessidades, e as vossas preferências sobre os serviços e os profissionais de saúde, para nos ajudarem a encontrar formas mais eficazes de responder aquilo que os adolescentes mais precisam dos cuidados de saúde.

As vossas opiniões serão obtidas através de entrevistas em grupo, com colegas da vossa escola, onde iremos falar sobre estas questões em conjunto.

A Tua participação é muitíssimo importante, pois vocês são os nossos melhores informadores e conselheiros.

Vamos procurar que o momento da entrevista seja divertido e agradável. **Estes encontros em grupo** (com 7 ou 8 adolescentes) **terão lugar na escola**, em data e horário a combinar de forma a minimizar interferências nas atividades escolares.

A entrevista será gravada e os registos serão destruídos após a sua análise, sendo respeitada a confidencialidade e o anonimato. A participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer momento se assim o desejares.

Se pretenderes colaborar, por favor, preenche o destacável e entrega-o ao teu Director de turma, ou a outro professor indicado, que depois te informará sobre o dia, o local e o horário do encontro.

Desde já agradecemos o teu interesse em colaborar nesta investigação.

VEM! VAIS VER QUE VAIS GOSTAR. A TUA PRESENÇA é muito importante.

Maria da Graça Vinagre

Qualquer dúvida poderás falar com o teu diretor de turma ou para o endereço eletrónico seguinte:

Graça Vinagre: gvinagre@esel.pt ou Telefone: 217913400/ TM xxxxxxxxx



Eu, (nome) _____, pretendo participar neste estudo que irá ser realizado na escola.

Data de nascimento: ____/____/____ Ano _____ Turma _____

Contacto (telefone TM, e-mail) _____

Assinatura: _____

